

Criterios de PA

Grupo de autorización previa

Nombres del medicamento

Indicador de la indicación de PA

Usos para una indicación no autorizada

Criterios de exclusión

Información médica requerida

ABILIFY MYCITE

ABILIFY MYCITE MAINTENANC, ABILIFY MYCITE STARTER KI

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar. Para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el producto de marca Lybalvi. Para el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor (MDD): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, olanzapine, quetiapine, Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los productos de marca siguientes: Rexulti, Vraylar.

-

-

Restricciones por edad

Restricciones de personas autorizadas a dar recetas

Duración de la cobertura

Otros criterios

Tratamiento previo requerido

Año del plan

-

Sí

Grupo de autorización previa	ABIRATERONE
Nombres del medicamento	ABIRATERONE ACETATE, ABIRTEGA, ZYTIGA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de próstata con ganglios positivos (N1), no metastásico (M0), cáncer de próstata de riesgo muy alto, cáncer de próstata no metastásico de riesgo alto, cáncer de próstata no metastásico con persistencia/recidiva del antígeno prostático específico (PSA) después de una prostatectomía radical, tumores de glándulas salivales
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: El fármaco solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para los tumores de glándulas salivales: El fármaco solicitado se usa para el tratamiento de la enfermedad recidivante positiva para receptores de andrógenos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ABRYSVO
Nombres del medicamento	ABRYSVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad del tracto respiratorio inferior (LRTD) y la LRTD grave causada por el virus respiratorio sincitial (RSV): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ACITRETIN
Nombres del medicamento	ACITRETIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Prevención de tipos de cáncer de piel no melanoma en personas de alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el methotrexate o la cyclosporine.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ACTEMRA
Nombres del medicamento	ACTEMRA, ACTEMRA ACTPEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Castleman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la arteritis de células gigantes (GCA) y la artritis idiopática juvenil sistémica (sJIA) (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado un evento adverso intolerable a Tyenne (tocilizumab-aazg) y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: El diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ACTHAR HP
Nombres del medicamento	ACTHAR, ACTHAR GEL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los siguientes diagnósticos, el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un glucocorticoide parenteral u oral (solo para enfermedades oftálmicas, también se acepta una respuesta inadecuada a una prueba con un glucocorticoide oftálmico tópico): 1) Para trastornos reumáticos (p. ej., artritis psoriásica, artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante): El fármaco solicitado debe usarse como tratamiento coadyuvante, 2) para el síndrome nefrótico: El fármaco solicitado debe solicitarse para la inducción de la diuresis o para la remisión de la proteinuria, 3) para la esclerosis múltiple (MS): El paciente tiene una exacerbación aguda de la MS, 4) enfermedades del colágeno (p. ej., lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis o polimiositis), 5) enfermedades dermatológicas (p. ej., eritema multiforme grave, síndrome de Stevens-Johnson), 6) enfermedades oftálmicas, agudas o crónicas (p. ej., iritis, queratitis, neuritis óptica), 7) sarcoidosis sintomática, 8) enfermedad del suero. Para los espasmos infantiles (IS): Para continuar con el tratamiento, el paciente debe mostrar un beneficio clínico importante derivado del tratamiento.
Restricciones por edad	Para los espasmos infantiles (IS), solicitud inicial: El paciente tiene menos de 2 años.
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	IS: 6 meses, exacerbación de la MS: 3 semanas, enfermedad del suero: 1 mes, todos los demás diagnósticos: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ACTIMMUNE
Nombres del medicamento	ACTIMMUNE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide, síndrome de Sézary
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ADAKVEO
Nombres del medicamento	ADAKVEO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	16 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ADAPALENE
Nombres del medicamento	ADAPALENE, ADAPALENE/BENZOYL PEROXID, CABTREO, DIFFERIN, DIFFERIN PUMP, EPIDUO, EPIDUO FORTE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ADBRY
Nombres del medicamento	ADBRY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica, tratamiento inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave, Y 2) al menos el 10% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O no se recomienda el uso de corticoides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina en el paciente. Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ADEMPAS
Nombres del medicamento	ADEMPAS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood. Para la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH) (grupo 4 de la OMS): 1) El paciente tiene CTEPH persistente o recidivante después de la endarterectomía pulmonar (PEA), O 2) el paciente tiene CTEPH inoperable con el diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho Y por tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI) o angiografía pulmonar.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ADLARITY
Nombres del medicamento	ADLARITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Demencia vascular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tomar formas farmacéuticas orales (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas). Para la demencia del tipo Alzheimer: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada, intolerancia o tiene una contraindicación para el parche transdérmico de rivastigmine.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ADZYNMA
Nombres del medicamento	ADZYNMA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la púrpura trombocitopénica trombótica congénita (cTTP), inicial: El diagnóstico se ha confirmado mediante pruebas genéticas o ensayos enzimáticos con mutaciones bialélicas en el gen ADAMTS13. Para la cTTP, continuación: El paciente responde al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AIMOVIG
Nombres del medicamento	AIMOVIG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña por mes desde el inicio.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AJOVY
Nombres del medicamento	AJOVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña por mes desde el inicio.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AKEEGA
Nombres del medicamento	AKEEGA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AKLIEF
Nombres del medicamento	AKLIEF
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el acné vulgar: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un retinoide tópico genérico.
Restricciones por edad	9 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALBENDAZOLE
Nombres del medicamento	ALBENDAZOLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Hidatidosis, microsporidiosis: 6 meses, todas las demás indicaciones: 1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALDURAZYME
Nombres del medicamento	ALDURAZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mucopolisacaridosis I (MPS I): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la alfa-L-iduronidasa y/o mediante pruebas genéticas. Los pacientes con síndrome de Scheie (es decir, forma atenuada de MPS I) deben tener síntomas de moderados a graves.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ALECENSA
Nombres del medicamento	ALECENSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) recidivante, metástasis cerebrales de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recidivante/metastásico o inoperable con translocación para IMT de ALK), linfoma de células B grandes positivo para ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El paciente cumple con alguno de los siguiente criterios: a) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica O b) el fármaco solicitado se usará como tratamiento adyuvante después de la resección tumoral, Y 2) la enfermedad es positiva para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALKINDI
Nombres del medicamento	ALKINDI SPRINKLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la insuficiencia suprarrenal: 1) El paciente requiere una concentración que no está disponible en los comprimidos de hydrocortisone (p. ej., 0.5 mg, 1 mg o 2 mg) O 2) el paciente tiene dificultad para tragar los comprimidos de hydrocortisone.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALOSETRON
Nombres del medicamento	ALOSETRON HYDROCHLORIDE, LOTRONEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de intestino irritable (IBS) con predominio de diarrea grave: 1) Se emite la receta del fármaco solicitado para una persona de sexo biológico femenino o que se identifica como mujer, 2) los síntomas crónicos del IBS duran al menos 6 meses, 3) se han descartado anomalías del tracto gastrointestinal Y 4) una respuesta inadecuada a un tratamiento convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos, antidiarreicos).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR
Nombres del medicamento	ARALAST NP, GLASSIA, PROLASTIN-C, ZEMAIRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia de inhibidores de la alfa-1-proteinasa: El paciente debe tener 1) enfisema con evidencia clínica Y 2) nivel sérico de inhibidores de la alfa-1-proteinasa antes del tratamiento inferior a 11 micromol/L (80 miligramos por decilitro [mg/dL] por inmunodifusión radial o 50 mg/dL por nefelometría).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ALPRAZOLAM ER
Nombres del medicamento	ALPRAZOLAM ER, XANAX XR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno de pánico: 1) El fármaco solicitado se usa simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que los SSRI/SNRI sean eficaces para los síntomas del trastorno de pánico, O el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) Y 2) la persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado), Y 3) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ALUNBRIG
Nombres del medicamento	ALUNBRIG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) recidivante, metástasis cerebrales de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recidiva/metastásico o inoperable con translocación para IMT de ALK), linfoma de células B grandes positivo para ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica, Y 2) la enfermedad es positiva para cinasa del linfoma anaplásico (ALK).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALVAIZ
Nombres del medicamento	ALVAIZ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	<p>Para la trombocitopenia inmunitaria crónica o persistente (ITP) (nuevos inicios):</p> <p>1) El paciente (pt) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas, Y 2) el recuento de plaquetas (plt) no transfundidas en cualquier momento antes de iniciar el medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcL O de 30,000 a 50,000/mcL con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevea pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predisponga al pt a traumatismos). Para ITP (continuación): Respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento actual de plaquetas es inferior o igual a 200,000/mcL, O 2) El recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcL e inferior o igual a 400,000/mcL y la dosis se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes.</p> <p>Para la trombocitopenia asociada con hepatitis C crónica (nuevos inicios): El fármaco solicitado se usa para el inicio y el mantenimiento del tratamiento a base de interferón.</p> <p>Para la trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica (continuación): el paciente está recibiendo tratamiento a base de interferón.</p> <p>Para la anemia aplásica grave (AA) (nuevos inicios): El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento inmunosupresor.</p>
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	HCV: 6 meses, inicial para ITP/AA: 6 meses, reautorización de ITP: Año del plan, reautorización de AA: APR, año del plan; IPR, 16 semanas
Otros criterios	Para AA grave (continuación): 1) El recuento actual de plaquetas es de 50,000-200,000/mcL, O 2) El recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcL y el paciente no ha recibido el tratamiento adecuadamente ajustado durante al menos 16 semanas, O 3) El recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcL y el paciente no depende de transfusiones, O 4) El recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcL e inferior o igual a 400,000/mcL y la dosis se ajustará para alcanzar y mantener un recuento plaquetario objetivo adecuado. APR: respuesta plaquetaria adecuada (superior a 50,000/mcL), IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (inferior a 50,000/mcL).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ALYFTREK
Nombres del medicamento	ALYFTREK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor). 6 años o más
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ALYMSYS
Nombres del medicamento	ALYMSYS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, tipos de cáncer del sistema nervioso central (CNS) (incluidos los gliomas difusos de alto grado en pacientes pediátricos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal testicular, sarcomas de tejidos blandos, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, tipos de cáncer vulvar, cáncer de vagina, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, que incluye subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomatosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones, excepto trastornos oftálmicos: El paciente presentó un evento adverso intolerable a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AMBRISANTAN
Nombres del medicamento	AMBRISANTAN, LETAIRIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AMPHETAMINES
Nombres del medicamento	ADDERALL, ADDERALL XR, ADZENYS XR-ODT, AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETA, DEXEDRINE, DEXTROAMPHETAMINE SULFATE, DYANAVEL XR, MYDAYIS, XELSTRYM, ZENZEDI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA) O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado mediante un estudio del sueño.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AMVUTTRA
Nombres del medicamento	AMVUTTRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtirretina (TTR), tratamiento inicial: El paciente es positivo para una mutación del gen TTR y presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., depósito de amiloide en muestras para biopsia, variantes de la proteína TTR en suero, polineuropatía sensitivomotora periférica progresiva). Para la polineuropatía de la amiloidosis hereditaria mediada por TTR, continuación del tratamiento: El paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., mejoría de la gravedad de la neuropatía y de la tasa de progresión de la enfermedad). Para la miocardiopatía por amiloidosis hereditaria o de tipo natural mediada por transtirretina (ATTR-CM), tratamiento inicial: 1) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico) Y 2) la afectación cardíaca se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) obtención de imágenes mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica superior a 12 milímetros), o b) gammagrafía miocárdica con tecnecio marcado, Y 3) el diagnóstico se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) biopsia que confirma depósitos de amiloide de transtirretina y presencia de proteínas precursoras de transtirretina, b) gammagrafía ósea con tecnecio marcado positiva Y se ha descartado amiloidosis por cadenas ligeras sistémicas mediante pruebas que demuestran ausencia de proteínas monoclonales (p. ej., relación kappa/lambda de cadenas ligeras libres en suero, inmunofijación de proteínas séricas, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud corresponde a ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtirretina (TTR). Para la ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AMZEEQ
Nombres del medicamento	AMZEEQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	9 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ANDEMBRY
Nombres del medicamento	ANDEMBRY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de los ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado por pruebas de laboratorio O BIEN 2) El paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado por pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) El paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. 12 años o más
Restricciones por edad	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	APOKYN
Nombres del medicamento	APOKYN, APOMORPHINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los episodios con “falta de respuesta” en la enfermedad de Parkinson, continuación: El paciente presenta una mejoría con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AQNEURSA
Nombres del medicamento	AQNEURSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C (NPC), inicial: 1) El diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron una variante del gen NPC1 o NPC2, 2) el paciente tiene manifestaciones neurológicas de la enfermedad (p. ej., pérdida de las habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación), Y 3) el medicamento solicitado no se usará en combinación con Miplyffa (arimoclomol), Y 4) el paciente pesa más o igual a 15 kg. Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, continuación: El tratamiento está resultando beneficioso para el paciente (p. ej., estabilización o mejora en las habilidades motoras finas, la deglución, el habla, la deambulación).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ARANESP
Nombres del medicamento	ARANESP SIN ALBÚMINA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Anemia en pacientes con síndromes mielodisplásicos (MDS)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mieloide.
Información médica requerida	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debidos a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) Para la anemia debido a enfermedad renal crónica (CKD): El paciente tiene reservas adecuadas de hierro (p. ej., una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20%) Y 2) para todos los usos: La hemoglobina (Hb) antes del tratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dL, Y 3) para la anemia en pacientes con síndrome mielodisplásico (MDS): El nivel sérico de eritropoyetina (EPO) antes del tratamiento es de 500 unidades internacionales/L o menos. Para nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos: 1) El paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina, Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl, Y 4) para la CKD: El paciente tiene reservas adecuadas de hierro (p. ej., una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20%).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo (p. ej., se usa para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se suministra como parte del material médico necesario para la prestación de un servicio médico).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ARAZLO
Nombres del medicamento	ARAZLO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	9 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ARCALYST
Nombres del medicamento	ARCALYST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para reducir el nivel de urato
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para reducir el nivel de urato (p. ej., allopurinol) (nuevos inicios): 1) Dos o más brotes de gota en los 12 meses anteriores, Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación para las dosis máximas toleradas de un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y colchicine, Y 3) uso simultáneo con tratamiento para reducir el nivel de urato. Para la prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para reducir el nivel de urato (p. ej., allopurinol) (continuación): 1) El paciente debe haber logrado o mantenido un beneficio clínico (es decir, una menor cantidad de ataques de gota o menos días de brotes) en comparación con el inicio, Y 2) el uso continuado del tratamiento para reducir el nivel de urato simultáneamente con el fármaco solicitado. Para la pericarditis recidivante: El paciente debe haber tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o una contraindicación para las dosis máximas toleradas de AINE y colchicine.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AREXVY
Nombres del medicamento	AREXVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad del tracto respiratorio inferior (LRTD) y la LRTD grave causada por el virus respiratorio sincitial (RSV): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ARIKAYCE
Nombres del medicamento	ARIKAYCE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL
Nombres del medicamento	ARMODAFINIL, NUVIGIL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la somnolencia excesiva asociada con la narcolepsia: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con la apnea obstructiva del sueño (OSA): El diagnóstico se ha confirmado mediante polisomnografía o prueba de apnea del sueño en el hogar (HSAT) con un dispositivo técnicamente adecuado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ASPARLAS
Nombres del medicamento	ASPARLAS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma linfoblástico agudo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	21 años o menos
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ATTRUBY
Nombres del medicamento	ATTRUBY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miocardiopatía por amiloidosis variante o de tipo natural mediada por transtirretina (ATTR-CM), tratamiento inicial: 1) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico) Y 2) la afectación cardíaca se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) obtención de imágenes mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica superior a 12 milímetros), o b) gammagrafía miocárdica con tecnecio marcado, Y 3) el diagnóstico se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) biopsia que confirma depósitos de amiloide de transtirretina y presencia de proteínas precursoras de transtirretina, b) gammagrafía ósea con tecnecio marcado positiva Y se ha descartado amiloidosis por cadenas ligeras sistémicas mediante pruebas que demuestran ausencia de proteínas monoclonales (p. ej., relación kappa/lambda de cadenas ligeras libres en suero, inmunofijación de proteínas séricas, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud corresponde a ATTR-CM variante, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtirretina (TTR). Para la ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AUBAGIO
Nombres del medicamento	AUBAGIO, TERIFLUNOMIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AUGTYRO
Nombres del medicamento	AUGTYRO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante positivo para ROS1, NSCLC recidivante positivo para fusión del gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), tumores sólidos positivos para fusión del gen NTRK que no están localmente avanzados ni metastásicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para ROS1: El paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica. Para el NSCLC positivo para fusión del gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK): El paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica. Para los tumores sólidos: El tumor es positivo para fusión del gen NTRK.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AUSTEDO
Nombres del medicamento	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR PATIENT TITRAT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la discinesia tardía, inicial: El paciente debe cumplir con los dos siguientes: 1) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad, Y 2) la enfermedad del paciente se ha evaluado mediante un examen clínico o con una herramienta de evaluación estructurada (p. ej., escala de movimientos involuntarios anormales [AIMS], sistema de identificación de discinesia: Escala condensada del usuario [DISCUS]). Para la corea asociada con la enfermedad de Huntington, inicial: El paciente presenta rasgos característicos del examen motor. Para la discinesia tardía y la corea asociada con la enfermedad de Huntington, continuación: El paciente presenta una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AUVELITY
Nombres del medicamento	AUVELITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AVASTIN
Nombres del medicamento	AVASTIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, tipos de cáncer del sistema nervioso central (CNS) (incluidos los gliomas difusos de alto grado en pacientes pediátricos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal testicular, sarcomas de tejidos blandos, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, tipos de cáncer vulvar, cáncer de vagina, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, que incluye subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomasosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones, excepto trastornos oftálmicos: El paciente presentó un evento adverso intolerable a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AVEED
Nombres del medicamento	AVEED
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal baja confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género, el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AVMAPKI-FAKZYNJA
Nombres del medicamento	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AVONEX
Nombres del medicamento	AVONEX, AVONEX PEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	AVSOLA
Nombres del medicamento	AVSOLA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX), b) el paciente presenta intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) Ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, b) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que impediría probar con AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo para nuevos inicios): El paciente tiene una enfermedad grave y resistente al tratamiento. Para la uveítis (solo para nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) el paciente tiene una contraindicación que impediría probar el tratamiento inmunosupresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente presentó un evento adverso intolerable a Renflexis y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AYVAKIT
Nombres del medicamento	AYVAKIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (GIST) por enfermedad residual, irreseccable, con ruptura tumoral o recidivante/metastásica sin mutación en el exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple con todos los siguientes criterios: 1) La enfermedad es positiva para reordenamiento FIP1L1-PDGFRA, Y 2) la enfermedad presenta una mutación en PDGFRA D842V, Y 3) la enfermedad es resistente al imatinib. Para el GIST, el paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: 1) La enfermedad contiene una mutación en el exón 18 de PDGFRA, incluida una mutación en PDGFRA D842V, O 2) el fármaco solicitado se usará después de la respuesta inadecuada a al menos dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en enfermedad residual, irreseccable, de ruptura tumoral o recidivante/metastásica sin mutación en el exón 18 de PDGFRA. Para la mastocitosis sistémica: 1) El paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica indolente o mastocitosis sistémica avanzada (incluida la mastocitosis sistémica agresiva [ASM], la mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada [SM-AHN] y la leucemia de mastocitos [MCL]), Y 2) el paciente tiene un recuento de plaquetas mayor o igual a 50,000/microlitro (mcL).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	AZELEX CREMA
Nombres del medicamento	AZELEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el acné vulgar: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un producto tópico genérico para el acné (p. ej., clindamycin tópica, erythromycin tópica, retinoide tópico).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AZSTARYS
Nombres del medicamento	AZSTARYS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el trastorno por déficit de atención (TDA): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un producto genérico de amphetamine o un producto genérico de methylphenidate.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento

B VS. D

ABRAXANE, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ADMELOG, AKYNZEO, ALBUTEROL SULFATE, ALIMTA, AMBISOME, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APIDRA, APREPITANT, ARFORMOTEROL TARTRATE, ASTAGRAF XL, ATGAM, AVGEMSI, AXTLE, AZACITIDINE, AZASAN, AZATHIOPRINE, BENDAMUSTINE HYDROCHLORID, BENDEKA, BLEOMYCIN SULFATE, BROVANA, BUDESONIDE, CALCITONIN SALMON, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CAMPTOSAR, CARBOPLATIN, CARNITOR, CELLCEPT, CINACALCET HYDROCHLORIDE, CISPLATIN, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1, CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5, CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %, CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE, CLINIMIX E 4.25 %/DEXTROSE, CLINIMIX E 5 %/DEXTROSE 15, CLINIMIX E 5 %/DEXTROSE 20, CLINIMIX E 8/10, CLINIMIX E 8/14, CLINISOL SF 15 %, CLINOLIPID, CLONIDINE HYDROCHLORIDE, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE, CYTARABINE AQUEOUS, CYTOGAM, DACARBAZINE, DECITABINE, DEPO-MEDROL, DEXRAZOXANE, DEXTROSE 50 %, DEXTROSE 70 %, DILAUDID, DOCETAXEL, DOCIVYX, DOXERCALCIFEROL, DOXIL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, DUOPA, DURACLON, ELITEK, ELLENCE, EMEND, EMEND BIPACK, EMEND TRIPACK, ENGERIX-B, ENVARUS XR, EPOPROSTENOL SODIUM, ERBITUX, ERIBULIN MESYLATE, ETOPOPHOS, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FASLODEX, FIASP, FIASP PUMPCART, FLOLAN, FLUDARABINE PHOSPHATE, FLUOROURACIL, FORMOTEROL FUMARATE, FOSCARNET SODIUM, FRINDOVYX, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRAFAPEX, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HALAVEN, HEPAGAM B, HEPARIN SODIUM, HEPLISAV-B, HUMALOG, HUMULIN R, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, HYDROMORPHONE HCL, HYDROMORPHONE HYDROCHLORI, IBANDRONATE SODIUM, IFEX, IFOSFAMIDE, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), IMURAN, INSULIN LISPRO, INTRALIPID, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, IXEMPRA KIT, JYLAMVO, JYNNEOS, KABIVEN, KADCYLA, KENALOG-10, KENALOG-40, KENALOG-80, KHAPZORY, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LEVOLEUCOVORIN, LEVOLEUCOVORIN CALCIUM, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, LIDOCAINE/PRILOCAINE, LYUMJEV, MARINOL, MEDROL, MERILOG, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MIACALCIN, MITOMYCIN, MITOXANTRONE HCL, MORPHINE SULFATE, MORPHINE SULFATE/SODIUM C, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, MYFORTIC, MYHIBBIN, NEBUPENT, NEORAL, NIPENT, NOVOLIN R, NOVOLIN R RELION, NOVOLOG, NOVOLOG RELION, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, ONIVYDE, ORAPRED ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PEDIAPRED, PEMETREXED, PEMRYDI RTU, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PERFOROMIST, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISONE, PREDNISONE INTENSOL, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, PULMICORT, RABAVERT, RAYOS, RECLAST, RECOMBIVAX HB, ROCALTROL, SANDIMMUNE, SIROLIMUS, SMOFLIPID, SOLU-MEDROL, TACROLIMUS, TEMSIROLIMUS, TENIVAC, TOPOTECAN HCL, TOPOTECAN HYDROCHLORIDE, TORISEL, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TREANDA, TREXALL, TRIAMCINOLONE

	ACETONIDE, TROPHAMINE, VALRUBICIN, VALSTAR, VARUBI, VECTIBIX, VELETRI, VIDAZA, VINBLASTINE SULFATE, VINCRISTINE SULFATE, VINOELBINE TARTRATE, VIVIMUSTA, XATMEP, XYLOCAINE, XYLOCAINE-MPF, ZEMPLAR, ZILRETTA, ZOLEDRONIC ACID, ZORTRESS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	N/C
Otros criterios	Es posible que este medicamento esté cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BACLOFEN
Nombres del medicamento	BACLOFEN, OZOBAX DS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tomar formas farmacéuticas sólidas orales por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas, requiere administración a través de una sonda de alimentación).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BAFIERTAM
Nombres del medicamento	BAFIERTAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BALVERSA
Nombres del medicamento	BALVERSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma urotelial: 1) La enfermedad tiene alteraciones genéticas susceptibles al receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3), Y 2) el fármaco solicitado se usará como tratamiento posterior para alguna de las siguientes enfermedades: a) Carcinoma urotelial localmente avanzado, recidivante o metastásico, O b) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recidivante o persistente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BANZEL
Nombres del medicamento	BANZEL, RUFINAMIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BAVENCIO
Nombres del medicamento	BAVENCIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasia trofoblástica gestacional, carcinoma de endometrio
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma urotelial, el fármaco solicitado se usará de alguna de las siguientes maneras: 1) Tratamiento de mantenimiento si no hay progresión con la quimioterapia de primera línea que contiene platino O 2) tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente o en estadio IV, Y 2) el fármaco solicitado se usará en combinación con axitinib como tratamiento de primera línea. Para la neoplasia trofoblástica gestacional, el fármaco solicitado se usará para la enfermedad resistente a la quimioterapia con múltiples agentes. Para el carcinoma de endometrio: 1) El fármaco solicitado se usará como tratamiento posterior, Y 2) la enfermedad es recidivante con alta inestabilidad de microsatélites (MSI-H) o deficiente en la reparación de errores de emparejamiento (dMMR).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BELBUCA
Nombres del medicamento	BELBUCA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un período de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) El paciente puede tomar la dosis solicitada de manera segura según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) El paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opioides Y 4) Esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BELEODAQ
Nombres del medicamento	BELEODAQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia/linfoma de células T en adultos, linfoma extraganglionar de células NK/T, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Nombres del medicamento	BENLYSTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Para pacientes que se inician en el tratamiento: Lupus activo grave del sistema nervioso central.
Información médica requerida	Para el lupus eritematoso sistémico (SLE): 1) El paciente recibe actualmente un régimen de tratamiento estándar para el SLE (p. ej., corticosteroides, antipalúdicos o AINE) O 2) el paciente ha presentado intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para el SLE, Y 3) para inicio de tratamiento, el paciente tiene diagnóstico confirmado de SLE a partir de autoanticuerpos positivos relevantes para SLE (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN de doble cadena [anti-dsADN], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento). Para la nefritis lúpica: 1) El paciente recibe actualmente un régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica (p. ej., corticosteroides, cyclophosphamide, mycophenolate mofetil o azathioprine) O 2) el paciente ha presentado intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica, Y 3) para inicio de tratamiento, el paciente tiene diagnóstico confirmado de LN a partir de alguno de los siguientes métodos: a) Biopsia de riñón, b) resultado positivo para autoanticuerpos relevantes para SLE (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN de doble cadena [anti-dsDNA], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento).
Restricciones por edad	5 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BEOVU
Nombres del medicamento	BEOVU
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BERINERT
Nombres del medicamento	BERINERT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y una de las siguientes maneras: a) El paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BESPONSA
Nombres del medicamento	BESPONSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL) de células B precursoras: El tumor es positivo para CD22, según lo confirmado mediante pruebas o análisis para identificar la proteína CD22 en la superficie de la célula B.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BESREMI
Nombres del medicamento	BESREMI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BETASERON
Nombres del medicamento	BETASERON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Nombres del medicamento	BEXAROTENE, TARGRETIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma anaplásico cutáneo primario de células grandes (ALCL) positivo para CD30, papulosis linfomatoide (LyP) positivo para CD30, linfoma subcutáneo de células T similar a la panculitis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BIMZELX
Nombres del medicamento	BIMZELX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada), O 3) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) El tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de AINE.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BKEMV
Nombres del medicamento	BKEMV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP) Y 2) La citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se mantiene el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento (p. ej., mejoría en los niveles de hemoglobina, normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]). Para el síndrome urémico hemolítico atípico (aHUS) (inicial): La enfermedad no se debe a Escherichia coli productora de toxina Shiga. Para el aHUS (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad durante el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento (p. ej., normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa (LDH), recuento de plaquetas). Para la miastenia gravis generalizada (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BOSENTAN
Nombres del medicamento	BOSENTAN, TRACLEER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es mayor de 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) si la solicitud corresponde a un paciente adulto, el paciente cumple con los dos siguientes criterios: a) La resistencia vascular pulmonar antes del tratamiento es mayor o igual a 3 unidades de Wood, y b) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el ambrisentan (Letairis).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BOSULIF
Nombres del medicamento	BOSULIF
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia linfoblástica aguda de células B positiva para el cromosoma Filadelfia (B-ALL Ph+), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o en la fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L, Y 3) el paciente ha presentado resistencia o intolerancia al imatinib, dasatinib o nilotinib. Para la B-ALL, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BOTOX
Nombres del medicamento	BOTOX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Salivación excesiva debido a enfermedad de Parkinson avanzada, espasmo hemifacial, fisura anal crónica, acalasia, disfonía espasmódica (distonía laríngea), distonía bucomandibular, hiperhidrosis palmar, temblor esencial, dolor miofascial
Criterios de exclusión	Uso cosmético
Información médica requerida	Para la profilaxis de la migraña crónica, tratamiento inicial: 1) El paciente sufre al menos 15 días de dolor de cabeza al mes, Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada, intolerancia o una contraindicación para un inhibidor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para la profilaxis de la migraña crónica, continuación del tratamiento (después de 2 ciclos de inyección): Más días sin dolor de cabeza al mes desde que inició el tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Migraña crónica, tratamiento inicial: 6 meses, renovación: Año del plan. Todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BRAFTOVI
Nombres del medicamento	BRAFTOVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, el adenocarcinoma apendicular, el NSCLC recidivante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) El tumor es positivo para la mutación en BRAF V600E, Y 2) el paciente tiene alguno de los siguientes: a) Enfermedad avanzada o metastásica, b) metástasis metacrónicas irresecables, Y 3) el fármaco solicitado se usará en combinación con cetuximab o panitumumab. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora en BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el fármaco solicitado se usará como agente único o en combinación con binimetinib, Y 3) el fármaco solicitado se usará para alguno de los siguientes: a) Enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El tumor es positivo para la mutación en BRAF V600E, Y 2) la enfermedad es avanzada, recidivante o metastásica, Y 3) el fármaco solicitado se usará en combinación con binimetinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BRIUMVI
Nombres del medicamento	BRIUMVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BRIVIACT
Nombres del medicamento	BRIVIACT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Aptiom (a partir de los 4 años), Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam (a partir de los 4 años). A partir de 1 mes de vida
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BRIVIACT INY.
Nombres del medicamento	BRIVIACT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Aptiom (a partir de los 4 años), Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam (a partir de los 4 años). A partir de 1 mes de vida
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BRUKINSA
Nombres del medicamento	BRUKINSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia de células pilosas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto y la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL): El paciente ha presentado un evento adverso intolerable o tiene una contraindicación para Calquence (acalabrutinib).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BUDESONIDE-FORMOTEROL
Nombres del medicamento	SYMBICORT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del asma y el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para fluticasone-salmeterol.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BUPRENORPHINE PARCHE
Nombres del medicamento	BUPRENORPHINE, BUTRANS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un período de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) El paciente puede tomar la dosis solicitada de manera segura según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) El paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opioides Y 4) Esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BYETTA
Nombres del medicamento	EXENATIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BYLVAY
Nombres del medicamento	BYLVAY, BYLVAY (GRÁNULOS)
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del prurito en la colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) (solicitudes iniciales): 1) El diagnóstico de PFIC se confirmó mediante pruebas genéticas, 2) el paciente no tiene PFIC tipo 2 con variantes de ABCB11 que derivan en una bomba exportadora de sales biliares no funcional o con ausencia completa de la proteína (BSEP-3), 3) el paciente no tiene ninguna otra enfermedad hepática concomitante, Y 4) el paciente no ha recibido un trasplante de hígado. Para el tratamiento del prurito en la PFIC (solicitudes de continuación): El paciente ha presentado un beneficio derivado del tratamiento (por ejemplo, mejoría en el prurito). Para el tratamiento del prurito colestásico con síndrome de Alagille (ALGS) (solicitudes iniciales): 1) El diagnóstico de ALGS se ha confirmado mediante pruebas genéticas, Y 2) el paciente no tiene ninguna otra enfermedad hepática concomitante, Y 3) el paciente no ha recibido un trasplante de hígado. Para el tratamiento del prurito colestásico con síndrome de Alagille (ALGS) (continuación): El paciente ha presentado un beneficio derivado del tratamiento (por ejemplo, mejoría del prurito). Para la PFIC: A partir de los 3 meses de vida, para el ALGS: A partir de los 12 meses de vida
Restricciones por edad	Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo o en consulta con uno
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BYOOVIZ
Nombres del medicamento	BYOOVIZ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CABLIVI
Nombres del medicamento	CABLIVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (aTTP): El paciente no ha presentado más de 2 recidivas de la aTTP mientras tomaba el fármaco solicitado. Para la aTTP (inicial): 1) La solicitud es para el tratamiento durante el período de recambio plasmático y/o directamente después de la finalización del recambio plasmático (PE), 2) el paciente recibirá o ha recibido el fármaco solicitado con PE, 3) el fármaco solicitado se administrará en combinación con tratamiento inmunosupresor, Y 4) el paciente no recibirá el fármaco solicitado pasados los 30 días desde la interrupción del PE, a menos que el paciente haya documentado aTTP persistente. Para la aTTP (continuación): 1) La solicitud es para la extensión del tratamiento después del ciclo inicial del fármaco solicitado (ciclo inicial: tratamiento con el fármaco solicitado durante y 30 días después del recambio plasmático), 2) el paciente tiene signos documentados de aTTP subyacente persistente (ejemplo: niveles de actividad de ADAMTS13 gravemente reducidos [menos del 10%]), 3) el fármaco solicitado se administrará en combinación con tratamiento inmunosupresor, Y 4) el paciente no ha recibido una extensión previa de 28 días de tratamiento después del ciclo inicial del fármaco solicitado para este ciclo de tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 60 días, continuación: 28 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CABOMETYX
Nombres del medicamento	CABOMETYX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma de endometrio, sarcoma de tejidos blandos (subtipos de sarcoma alveolar de partes blandas y condrosarcoma mixoide extraesquelético)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es avanzada, recurrente o en estadio IV (incluidas las metástasis cerebrales). Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) La enfermedad es positiva para el gen RET (reordenado durante la transfección), Y 2) la enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: El fármaco solicitado se usará como tratamiento posterior. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irreseccable, recidivante o metastásica/con ruptura tumoral, Y 2) la enfermedad ha tenido progresión después de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma: El fármaco solicitado se usará como tratamiento posterior. Para el cáncer diferenciado de tiroides (DTC) (folicular, papilar, oncocítico): 1) La enfermedad es localmente avanzada o metastásica, Y 2) la enfermedad ha tenido progresión después de un tratamiento dirigido al receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR), Y 3) el paciente presenta resistencia al tratamiento con yodo radioactivo (RAI) o no es elegible para RAI. Para el carcinoma de endometrio: 1) La enfermedad es recidivante, Y 2) el fármaco solicitado se usará como tratamiento posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE
Nombres del medicamento	CALCIPOTRIENE, CALCIPOTRIENE/BETAMETHASO, CALCITRENE, ENSTILAR, SORILUX, TACLONEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CALCITRIOL
Nombres del medicamento	CALCITRIOL, VECTICAL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CALQUENCE
Nombres del medicamento	CALQUENCE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Macroglobulinemia de Waldenström (linfoma linfoplasmocítico), linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal de estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de localización no gástrica, el linfoma ganglionar de la zona marginal, el linfoma esplénico de la zona marginal)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal de estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de localización no gástrica, el linfoma ganglionar de la zona marginal y el linfoma esplénico de la zona marginal): El fármaco solicitado se usa para el tratamiento de la enfermedad recurrente, resistente al tratamiento o progresiva.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CAMBIA
Nombres del medicamento	CAMBIA, DICLOFENAC POTASSIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Hipersensibilidad conocida (p. ej., reacciones anafilácticas y reacciones cutáneas graves) al diclofenac o a cualquier componente del fármaco solicitado. Antecedentes de asma, urticaria u otras reacciones de tipo alérgico después de tomar aspirina u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El medicamento solicitado se utilizará en el contexto de una cirugía de revascularización coronaria (CABG).
Información médica requerida	Para el tratamiento agudo de los ataques de migraña con o sin aura: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos UNO de los siguientes medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): a) ibuprofen, b) flurbiprofen, c) ketoprofen, d) naproxen Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista triptano 5-HT1.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CAMZYOS
Nombres del medicamento	CAMZYOS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miocardiopatía hipertrófica obstructiva: 1) Antes de iniciar el tratamiento, el paciente tiene una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 55 por ciento o mayor, Y 2) el paciente tiene síntomas de clase II-III según la New York Heart Association (NYHA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CAPRELSA
Nombres del medicamento	CAPRELSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinomas de tiroides (foliculares, oncocíticos, papilares).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CARBAGLU
Nombres del medicamento	CARBAGLU, CARGLUMIC ACID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Diagnóstico confirmado mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CAYSTON
Nombres del medicamento	CAYSTON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) Se observa Pseudomonas aeruginosa en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por Pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CEQUA
Nombres del medicamento	CEQUA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Restasis (emulsión de cyclosporine al 0.05 por ciento) Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes productos: Xiidra (lifitegrast), Miebo (perfluorohexiloctano).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CEQUR
Nombres del medicamento	CEQUR SIMPLICITY 2U, CEQUR SIMPLICITY INSERTER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere control de insulina Y 2) el paciente se autoevalúa actualmente los niveles de glucosa, el paciente recibirá asesoramiento sobre la autoevaluación de los niveles de glucosa, o el paciente usa un glucómetro continuo Y 3) el paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) El paciente ha probado las inyecciones en bolo y no cumplió con los objetivos glucémicos o tuvo dificultades para administrar varias inyecciones de insulina diariamente, b) el paciente no puede probar las inyecciones en bolo.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CERDELGA
Nombres del medicamento	CERDELGA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): 1) El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas, y 2) el estado metabolizador del CYP2D6 del paciente se ha establecido mediante una prueba aprobada por la FDA, y 3) el paciente es un metabolizador extenso del CYP2D6, un metabolizador intermedio o un metabolizador deficiente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CEREZYME
Nombres del medicamento	CEREZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Gaucher tipo 2, enfermedad de Gaucher tipo 3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CHLORDIAZEPOXIDE
Nombres del medicamento	CHLORDIAZEPOXIDE HCL, CHLORDIAZEPOXIDE HYDROCHL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado), Y 2) Si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El fármaco solicitado se usa simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que los SSRI/SNRI sean eficaces para los síntomas de ansiedad, O 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), o b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad/aprehensión y ansiedad preoperatorias: 1 mes, trastorno de ansiedad: 4 meses, síndrome de abstinencia de alcohol: Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CHOLBAM
Nombres del medicamento	CHOLBAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los trastornos de la síntesis de ácidos biliares debido a defectos de una sola enzima (SED) y el tratamiento adyuvante de los trastornos peroxisomales (PD): El diagnóstico se confirmó mediante espectrometría de masas u otras pruebas bioquímicas o genéticas. Para los trastornos de la síntesis de ácidos biliares debido a SED y el tratamiento adyuvante de los PD, continuación del tratamiento: El paciente ha logrado y mantenido una mejoría en la función hepática.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CIBINQO
Nombres del medicamento	CIBINQO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica (solo nuevos inicios): 1) El paciente tiene una enfermedad resistente al tratamiento, de moderada a grave, Y 2) Al menos el 10% del área de superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos otro medicamento sistémico, incluidos los productos biológicos, o el uso de estos tratamientos no es aconsejable. Para la dermatitis atópica (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CIMERLI
Nombres del medicamento	CIMERLI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida

CIMZIA
CIMZIA, CIMZIA STARTER KIT
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-
-
Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):
1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia. Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia. Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

-
-
Año del plan
Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab) O b) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia. Para la artritis psoriásica activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib extended-release) OR 2) la paciente está actualmente embarazada y/o amamantando. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación

para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada) O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en período de lactancia.

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa

CINQAIR

Nombres del medicamento

CINQAIR

Indicador de la indicación de PA

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

Usos para una indicación

-

no autorizada

Criterios de exclusión

-

Información médica requerida

Para el asma grave, tratamiento inicial: 1) Ya sea a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 400 células por microlitro O b) el paciente depende de corticosteroides sistémicos, Y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos siguientes medicamentos: a) Corticosteroide inhalado de dosis media a alta Y b) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o theophylline de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga una intolerancia o contraindicación para dichos tratamientos. Para el asma grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia o la gravedad de los síntomas y las exacerbaciones, o una reducción de la dosis diaria de corticosteroides orales de mantenimiento.

Restricciones por edad

18 años o más

Restricciones de personas

-

autorizadas a dar recetas

Duración de la cobertura

Año del plan

Otros criterios

-

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	CINRYZE
Nombres del medicamento	CINRYZE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de los ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado por pruebas de laboratorio O BIEN 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado por pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. 6 años o más
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CLEMASTINE
Nombres del medicamento	CLEMASTINE FUMARATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para otro producto incluido en el formulario, como la solución de levocetirizine o la solución de cetirizine. Si el paciente tiene 65 años de edad o más, la persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CLOBAZAM
Nombres del medicamento	CLOBAZAM, ONFI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINE
Nombres del medicamento	ANAFRANIL, CLOMIPRAMINE HYDROCHLORID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Depresión, trastorno de pánico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de pánico: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI). Para la depresión: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion. Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años de edad o más Y recibe uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el fármaco solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CLORAZEPATE
Nombres del medicamento	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado), 2) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos con actividad en el sistema nervioso central [SNC] en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se usa simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que los SSRI/SNRI sean eficaces para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad: 1 mes, trastornos de ansiedad: 4 meses, todos los demás diagnósticos: Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CLOZAPINE ODT
Nombres del medicamento	CLOZAPINE ODT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	COBENFY
Nombres del medicamento	COBENFY, COBENFY STARTER PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	COLUMVI
Nombres del medicamento	COLUMVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Transformación histológica del linfoma de la zona marginal en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el VIH, linfoma de derrame primario, linfoma difuso de células B grandes positivo para HHV8, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la transformación histológica del linfoma de la zona marginal en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el VIH, linfoma de derrame primario, linfoma difuso de células B grandes positivo para HHV8 y trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante: Se han usado al menos dos líneas de tratamiento sistémico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	COMETRIQ
Nombres del medicamento	COMETRIQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), carcinomas de tiroides (foliculares, oncocíticos, papilares).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): La enfermedad es positiva para reordenamientos del gen RET (reordenado durante la transfección).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	COPIKTRA
Nombres del medicamento	COPIKTRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios, linfoma periférico de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios y el linfoma periférico de células T: el paciente tiene enfermedad recurrente o resistente al tratamiento. Para el linfoma hepatoesplénico de células T: El paciente tiene enfermedad resistente al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CORTROPHIN
Nombres del medicamento	CORTROPHIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los siguientes diagnósticos, el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un glucocorticoide parenteral u oral (solo para enfermedades oftálmicas, también se acepta una respuesta inadecuada a una prueba con un glucocorticoide oftálmico tópico): 1) Para trastornos reumáticos (p. ej., artritis psoriásica, artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante, artritis gotosa aguda): El fármaco solicitado debe usarse como tratamiento coadyuvante, 2) para el síndrome nefrótico: El fármaco solicitado debe solicitarse para la inducción de la diuresis o para la remisión de la proteinuria, 3) para la esclerosis múltiple (MS): El paciente tiene una exacerbación aguda de la MS, 4) enfermedades del colágeno (p. ej., lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis o polimiositis), 5) enfermedades dermatológicas (p. ej., eritema multiforme grave, síndrome de Stevens-Johnson, psoriasis grave), 6) enfermedades oftálmicas, agudas o crónicas (p. ej., iritis, queratitis, neuritis óptica), 7) sarcoidosis sintomática, 8) estados alérgicos (p. ej., enfermedad del suero, dermatitis atópica).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Exacerbación de la MS: 3 semanas, estados alérgicos: 1 mes, todos los demás diagnósticos: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida

COSENTYX
COSENTYX, COSENTYX SENSOREADY PEN, COSENTYX UNOREADY
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos):
1) al menos el 3% del área de superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib). Para un adulto con artritis psoriásica activa (PsA) (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).

-

-

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

Año del plan

Para la hidradenitis supurativa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab).

Sí

Tratamiento previo requerido

Grupo de autorización previa	COTELLIC
Nombres del medicamento	COTELLIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, glioblastoma), tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, glioblastoma): 1) El tumor es positivo para la mutación activadora en BRAF V600E, Y 2) el fármaco solicitado se usará en combinación con vemurafenib. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora en BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el fármaco solicitado se usará en combinación con vemurafenib, Y 3) el fármaco solicitado se usará para alguno de los siguientes: a) Enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CRENESSITY
Nombres del medicamento	CRENESSITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hiperplasia suprarrenal congénita (CAH), inicial: 1) El paciente tiene un diagnóstico confirmado de CAH mediante alguno de los siguientes métodos: a) Pruebas genéticas que confirman la presencia de variantes patógenas en CYP21A1, b) deficiencia confirmada de 21-hidroxilasa (p. ej., prueba de estimulación con cosintropina [ACTH], medición inicial matutina de 17-hidroxiprogesterona [17-OHP] en suero por cromatografía líquida y espectrometría de masas en tándem), Y 2) el paciente recibe actualmente tratamiento con glucocorticoides suprafisiológicos. A partir de los 4 años
Restricciones por edad	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CRESEMBA
Nombres del medicamento	CRESEMBA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Candidiasis esofágica resistente al tratamiento con fluconazole en un paciente con VIH, peritonitis fúngica asociada a diálisis peritoneal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se administra por vía oral. Para la aspergilosis invasiva y la candidiasis esofágica resistente al tratamiento con fluconazole en un paciente con VIH: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el voriconazole.
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Aspergilosis invasiva: 3 meses Mucormicosis invasiva: 6 meses Candidiasis esofágica, peritonitis: 1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CRESEMBA INY.
Nombres del medicamento	CRESEMBA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Peritonitis fúngica asociada a diálisis peritoneal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se administra por vía oral mediante sonda nasogástrica (NG) o por vía intravenosa. Para la aspergilosis invasiva: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el voriconazole.
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses Peritonitis: 1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CRINONE
Nombres del medicamento	CRINONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Profilaxis del parto prematuro en mujeres con cuello uterino corto
Criterios de exclusión	Recetado para promover la fertilidad
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CROTAN
Nombres del medicamento	CROTAN, PRURADIK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Pediculosis capitis (piojos)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la erradicación de la sarna (<i>Sarcoptes scabiei</i>): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la crema de permethrin al 5 por ciento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CRYSVITA
Nombres del medicamento	CRYSVITA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CUTAQUIG
Nombres del medicamento	CUTAQUIG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CUVITRU
Nombres del medicamento	CUVITRU
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CUVRIOR
Nombres del medicamento	CUVRIOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CYRAMZA
Nombres del medicamento	CYRAMZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma de esófago, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante, adenocarcinoma apendicular, mesotelioma pleural, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de túnica vaginal testicular, timomas y carcinomas tímicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal y el adenocarcinoma apendicular: El paciente tiene enfermedad avanzada o metastásica. Para el NSCLC: El paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CYSTADROPS
Nombres del medicamento	CYSTADROPS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico se confirmó mediante ALGUNO los siguientes métodos: a) La presencia de una mayor concentración de cistina en leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) detección de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CYSTAGON
Nombres del medicamento	CYSTAGON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cistinosis nefropática: El diagnóstico se confirmó mediante ALGUNO los siguientes métodos: 1) La presencia de concentración elevada de cistina en los leucocitos, O 2) pruebas genéticas, O 3) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CYSTARAN
Nombres del medicamento	CYSTARAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico se confirmó mediante ALGUNO los siguientes métodos: a) La presencia de una mayor concentración de cistina en leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) detección de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINE
Nombres del medicamento	AMPYRA, DALFAMPRIDINE ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esclerosis múltiple (nuevos inicios): Antes de iniciar el tratamiento, el paciente demuestra un deterioro sostenido de la marcha. Para la esclerosis múltiple (continuación): El paciente debe haber presentado una mejoría en la velocidad al caminar U otra medida objetiva de la capacidad para caminar desde que comenzó a tomar el fármaco solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DANZITEN (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	DANZITEN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DARAPRIM
Nombres del medicamento	DARAPRIM, PYRIMETHAMINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Profilaxis de la toxoplasmosis, profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> , tratamiento de la cistosisporiasis y profilaxis secundaria
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de la toxoplasmosis primaria, la profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) y la profilaxis de la cistosisporiasis secundaria: 1) El paciente ha presentado intolerancia o tiene una contraindicación para trimetoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) Y 2) el paciente tiene inmunodepresión. Para la profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: El paciente tiene inmunodepresión. Para el tratamiento de la cistosisporiasis: El paciente ha presentado una intolerancia o tiene una contraindicación para TMP-SMX.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Tratamiento de la toxoplasmosis congénita: Año del plan Tratamiento de la toxoplasmosis adquirida, profilaxis primaria de la toxoplasmosis, profilaxis de la PCP 3 meses Profilaxis secundaria de la toxoplasmosis, tratamiento/profilaxis de quistes 6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DARZALEX
Nombres del medicamento	DARZALEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, leucemia linfoblástica aguda de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DARZALEX FASPRO
Nombres del medicamento	DARZALEX FASPRO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DATROWAY
Nombres del medicamento	DATROWAY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DAURISMO
Nombres del medicamento	DAURISMO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento posterior a la inducción/consolidación después de la respuesta a un tratamiento previo con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (AML)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) El fármaco solicitado debe usarse en combinación con cytarabine, 2) el paciente tiene 75 años de edad o más O tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva, Y 3) el fármaco solicitado se usará como tratamiento de inducción o tratamiento posterior a la inducción/consolidación.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DAYBUE
Nombres del medicamento	DAYBUE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DEFERASIROX
Nombres del medicamento	DEFERASIROX, EXJADE, JADENU, JADENU SPRINKLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre: El nivel de ferritina en suero antes del tratamiento es superior a 1000 mcg/L.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DEFEROXAMINE
Nombres del medicamento	DEFEROXAMINE MESYLATE, DESFERAL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Toxicidad del aluminio en pacientes sometidos a diálisis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la sobrecarga crónica de hierro: El nivel de ferritina en suero antes del tratamiento es superior a 1000 mcg/L.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DEMSEER
Nombres del medicamento	DEMSEER, METYROSINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un antagonista adrenérgico alfa.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DEXMETHYLPHENIDATE
Nombres del medicamento	DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HCL ER, DEXMETHYLPHENIDATE HYDRO, FOCALIN, FOCALIN XR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Fatiga relacionada con el cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA) O 2) se emite la receta del fármaco solicitado para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de que se hayan descartado otras causas de la fatiga.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DHE NASAL
Nombres del medicamento	DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (por ejemplo, ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista del receptor triptano 5-HT1.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DIACOMIT
Nombres del medicamento	DIACOMIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de los 6 meses de vida
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres del medicamento	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL, VALIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado), 2) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se usa simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que los SSRI/SNRI sean eficaces para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad: 1 mes, espasmo músculoesquelético: 3 meses, trastornos de ansiedad: 4 meses, otros diagnósticos: Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 5 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DIBENZYLINE
Nombres del medicamento	DIBENZYLINE, PHENOXYBENZAMINE HYDROCHL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un bloqueador selectivo de los receptores adrenérgicos alfa 1 (p. ej., doxazosin).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DICLOFENAC 2 % SOL
Nombres del medicamento	DICLOFENAC SODIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artrosis de rodilla: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la solución tópica de diclofenac sodium al 1.5%.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DICLOFENAC 3 % GEL
Nombres del medicamento	DICLOFENAC SODIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes: A) imiquimod crema al 5 por ciento, B) fluorouracil crema o solución.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DOJOLVI
Nombres del medicamento	DOJOLVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los trastornos de la oxidación de los ácidos grasos de cadena larga (LC-FAOD): Se cumplen al menos dos de los siguientes criterios de diagnóstico: a) Elevación específica de la enfermedad de la acilcarnitina (p. ej., C16 y/o C18:1 para la deficiencia de CPT2, C16-OH y/o C18 y otras acilcarnitinas para la deficiencia de LCHAD y TFP, C14:1 y/u otras acilcarnitinas de cadena larga para la deficiencia de VLCAD) en una muestra de sangre del recién nacido o en el plasma, b) baja actividad enzimática en fibroblastos cultivados, c) variantes patógenas confirmadas en un gen LC-FAOD (p. ej., CPT1A, SLC25A20, CPT2, ACADVL, HADHA, HADHB). Para los LC-FAOD, continuación del tratamiento: El paciente presenta un beneficio derivado del tratamiento (p. ej., mejoría en los síntomas musculares y/o tolerancia al ejercicio).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DOPTELET (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	DOPTELET
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DRIZALMA
Nombres del medicamento	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor relacionado con el cáncer, dolor neuropático causado por la quimioterapia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión. Para el trastorno de ansiedad generalizada, la neuropatía periférica diabética, la fibromialgia, el dolor musculoesquelético crónico: 1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetine O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetine por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar las cápsulas, requiere administración nasogástrica).
Restricciones por edad	Trastorno de ansiedad generalizada: 7 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DUOBRII
Nombres del medicamento	DUOBRII
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas: El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide tópico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DUPIXENT (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	DUPIXENT
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DUVYZAT
Nombres del medicamento	DUVYZAT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD): El diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que identificaron una mutación causante de la enfermedad en el gen DMD.
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un médico especializado en el tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD) o en consulta con uno
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DYSPORT
Nombres del medicamento	DYSPORT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Blefaroespasma
Criterios de exclusión	Uso cosmético
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EBGLYSS
Nombres del medicamento	EBGLYSS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica, tratamiento inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave, Y 2) al menos el 10% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O no se recomienda el uso de corticoides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina en el paciente. Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	EGRIFTA
Nombres del medicamento	EGRIFTA SV, EGRIFTA WR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Uso para bajar de peso
Información médica requerida	Para pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con lipodistrofia: El paciente recibe tratamiento antirretroviral. Para pacientes que han recibido al menos 6 meses del fármaco solicitado: El paciente ha presentado una evidente mejoría clínica con respecto al inicio avalada por una medición de la circunferencia de la cintura o una tomografía computarizada (CT).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o endocrinólogo o en consulta con uno
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EKTERLY
Nombres del medicamento	EKTERLY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado mediante pruebas de laboratorio O 2) El paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y una de las siguientes maneras: a) El paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) El paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. 12 años o más
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ELAHERE
Nombres del medicamento	ELAHERE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ELAPRASE
Nombres del medicamento	ELAPRASE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mucopolisacaridosis II (MPS II): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la iduronato 2-sulfatasa (IDS) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	A partir de los 16 meses de vida
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ELELYSO
Nombres del medicamento	ELELYSO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ELFABRIO
Nombres del medicamento	ELFABRIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, O 2) El paciente es un portador obligado sintomático.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ELIGARD
Nombres del medicamento	ELIGARD
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tumores de las glándulas salivales
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tumores de las glándulas salivales: 1) La enfermedad es positiva para receptor de andrógenos Y 2) la enfermedad es recidivante, metastásica o irreseccable.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ELYXYB
Nombres del medicamento	ELYXYB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Hipersensibilidad conocida (p. ej., reacciones anafilácticas y reacciones cutáneas graves) al celecoxib o a algún componente del fármaco solicitado. Antecedentes de asma, urticaria u otras reacciones de tipo alérgico después de tomar aspirina u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Reacciones de tipo alérgico a las sulfonamidas. El medicamento solicitado se utilizará en el contexto de una cirugía de revascularización coronaria (CABG).
Información médica requerida	1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos UNO de los siguientes medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): a) ibuprofen, b) flurbiprofen, c) ketoprofen, d) naproxen Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista triptano 5-HT1.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EMGALITY
Nombres del medicamento	EMGALITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña por mes desde el inicio. Para la cefalea en racimos episódica, inicial: El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación para un agonista del receptor triptano 5-HT1. Para la cefalea en racimos episódica, continuación: El paciente recibió el fármaco solicitado durante al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia semanal de ataques de cefalea en racimos con respecto al inicio.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	EMPAVELI
Nombres del medicamento	EMPAVELI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP) Y 2) La citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EMPLICITI
Nombres del medicamento	EMPLICITI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mieloma múltiple: El paciente debe haber recibido al menos un tratamiento previo.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EMRELIS
Nombres del medicamento	EMRELIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EMROSI
Nombres del medicamento	EMROSI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la rosácea: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento O 2) El paciente tiene una contraindicación que le impediría probar metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EMSAM
Nombres del medicamento	EMSAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion, O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ENDARI
Nombres del medicamento	ENDARI, L-GLUTAMINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	5 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ENHERTU
Nombres del medicamento	ENHERTU
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer colorrectal de tipo natural con amplificación de HER2 y RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), adenocarcinoma de esófago positivo para HER2 recidivante, adenocarcinoma gástrico o esofagogástrico positivo para HER2 recidivante, metástasis cerebrales en pacientes con cáncer de mama positivo para HER2, tumores de glándulas salivales positivos para HER2 recidivantes, cáncer de cuello de útero positivo para HER2 o en estadio IVB, cáncer de vulva positivo para HER2, avanzado, recidivante o metastásico, carcinoma de endometrio positivo para HER2 recidivante, cáncer de ovario/cáncer de trompas de Falopio/cáncer de peritoneo positivo para HER2 persistente, cáncer de vagina positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar positivo para HER2 irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), cáncer de vejiga positivo para HER2 recidivante o metastásico, adenocarcinoma de intestino delgado con amplificación de HER2, cáncer oculto positivo para HER2, adenocarcinoma de páncreas positivo para HER2 localmente avanzado o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de ovario, el cáncer de trompas de Falopio o el cáncer de peritoneo: La enfermedad de la paciente tiene las dos siguientes características: A) La enfermedad del paciente es recidivante o resistente al platino Y B) la enfermedad del paciente es positiva para HER2.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ENJAYMO
Nombres del medicamento	ENJAYMO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad por crioglobulinas (continuación): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva (p. ej., mejoría en los niveles de hemoglobina, marcadores de hemólisis [p. ej., bilirrubina, haptoglobina, lactato deshidrogenasa [LDH], recuento de reticulocitos] y una reducción de las transfusiones de sangre).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ENSPRYNG
Nombres del medicamento	ENSPRYNG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se mantiene el régimen actual, Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EOHILIA
Nombres del medicamento	EOHILIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esofagitis eosinofílica (EoE): 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante biopsia esofágica caracterizada por una cantidad de eosinófilos esofágicos mayor o igual a 15 eosinófilos esofágicos intraepiteliales por campo de alta potencia, Y 2) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia).
Restricciones por edad	A partir de los 11 años
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un gastroenterólogo, alergólogo o inmunólogo o en consulta con uno
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EPCLUSA
Nombres del medicamento	EPCLUSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por la presencia de ARN del HCV en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (AASLD-IDSA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX
Nombres del medicamento	EPIDIOLEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EPKINLY
Nombres del medicamento	EPKINLY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Transformación histológica del linfoma folicular o de la zona marginal en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de derrame primario, linfoma difuso de células B relacionado con el VIH, linfoma difuso de células B grandes positivo para HHV8, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (PTLD).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la transformación histológica del linfoma folicular o de la zona marginal en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de derrame primario, linfoma difuso de células B relacionado con el VIH, linfoma difuso de células B grandes positivo para HHV8 y trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (PTLD): Se han usado al menos dos líneas de tratamiento sistémico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EPOGEN
Nombres del medicamento	EPOGEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Anemia por síndromes mielodisplásicos (MDS)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
Información médica requerida	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debidos a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) para todos los usos, excepto para anemia debida a quimioterapia o síndrome mielodisplásico (MDS): El paciente tiene reservas adecuadas de hierro (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%), Y 2) para todos los usos, excepto cirugía: La Hgb pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dL, Y 3) para los MDS: El nivel de eritropoyetina sérica antes del tratamiento es de 500 unidades internacionales/L o menos. Para las reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos, excepto cirugía: 1) El paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina, Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dL, Y 4) para todos los usos, excepto la anemia debida a quimioterapia o MDS: El paciente tiene reservas adecuadas de hierro (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Anemia con enfermedad renal crónica (CKD), zidovudina: Año del plan, todos los demás: 16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso en casos de anemia en pacientes que no recibirán/no pueden recibir transfusiones de sangre (p. ej., creencias religiosas). Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo (p. ej., se usa para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se suministra como parte del material médico necesario para la prestación de un servicio médico).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EPRONTIA
Nombres del medicamento	EPRONTIA, TOPIRAMATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Aptiom (a partir de los 4 años), Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam (a partir de los 4 años). Para el tratamiento en monoterapia de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto de topiramato genérico de liberación inmediata, O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) Si el paciente tiene 6 años o más, ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. Para el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto de topiramato genérico de liberación inmediata, O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	EPSOLAY
Nombres del medicamento	EPSOLAY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EPYSQLI
Nombres del medicamento	EPYSQLI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP) Y 2) La citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se mantiene el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento (p. ej., mejoría en los niveles de hemoglobina, normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]). Para el síndrome urémico hemolítico atípico (aHUS) (inicial): La enfermedad no se debe a Escherichia coli productora de toxina Shiga. Para el aHUS (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad durante el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento (p. ej., normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa (LDH), recuento de plaquetas). Para la miastenia gravis generalizada (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ERGOTAMINE
Nombres del medicamento	ERGOMAR, ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE, MIGERGOT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (por ejemplo, ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina). El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista triptano 5-HT1.
Información médica requerida	
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	ERIVEDGE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ERLEADA
Nombres del medicamento	ERLEADA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ERLOTINIB
Nombres del medicamento	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (RCC) recidivante o en estadio IV, metástasis cerebrales derivadas del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), cáncer de páncreas recidivante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) (incluidas las metástasis cerebrales derivadas del NSCLC): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación sensibilizante del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR). Para el cáncer de páncreas: La enfermedad es localmente avanzada, irresecable, recidivante o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ESBRIET
Nombres del medicamento	ESBRIET, PIRFENIDONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos inicios): 1) Se han excluido otras causas de fibrosis pulmonar Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) Un estudio mediante tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax o una biopsia de pulmón revela el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP), O b) el estudio mediante HRCT del tórax revela un resultado distinto del patrón de UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP) y el diagnóstico está respaldado por una biopsia de pulmón o por una discusión multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia de pulmón.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

ETANERCEPT
ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Usos para una indicación no autorizada

Hidradenitis supurativa, espondiloartritis axial no radiográfica

Criterios de exclusión

-

Información médica requerida

Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):
1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el methotrexate (MTX) O 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada), O 3) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) El tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado. Para la hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): El paciente tiene una enfermedad grave y resistente al tratamiento.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas

-

-

Duración de la cobertura

Año del plan

Otros criterios

-

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	EUCRISA
Nombres del medicamento	EUCRISA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica de leve a moderada, el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) Si el paciente tiene 2 años de edad o más y el fármaco solicitado se usará en zonas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues), el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para un inhibidor tóxico de la calcineurina O 2) si el paciente tiene 2 años de edad o más y se emite la receta del fármaco solicitado para su uso en zonas no sensibles de la piel (o restantes), el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para un corticosteroide tóxico de potencia media o alta o para un inhibidor tóxico de la calcineurina. A partir de los 3 meses de vida
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	EVENTITY
Nombres del medicamento	EVENTITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Pacientes que han sufrido un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular en el año anterior.
Información médica requerida	Para la osteoporosis posmenopáusica, la paciente tiene UNA de las siguientes características: 1) Antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) un puntaje T antes del tratamiento menor o igual a -2.5 o un puntaje T antes del tratamiento mayor a -2.5 y menor a -1 con una probabilidad alta de fractura antes del tratamiento medida por la herramienta de evaluación del riesgo de fractura (FRAX) Y la paciente tiene ALGUNO de los siguientes: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, tratamiento con glucocorticoides, puntajes T muy bajos o mayor riesgo de caídas), o b) la paciente no ha respondido adecuadamente a un tratamiento previo inyectable para osteoporosis o presenta intolerancia a este, o c) la paciente se ha sometido a un ensayo con bisphosphonate oral de al menos 1 año de duración o hay un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 meses en total durante la vida
Otros criterios	El paciente tiene una alta probabilidad de fractura según la Herramienta de Evaluación del Riesgo de Fractura (FRAX) si la probabilidad a 10 años es superior o igual al 20 por ciento para cualquier fractura osteoporótica importante, o es superior o igual al 3 por ciento para la fractura de cadera. El puntaje de riesgo estimado generado con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para fractura osteoporótica mayor y por 1.2 para fractura de cadera si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg/día (equivalente de prednisone).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

EVEROLIMUS
AFINITOR, AFINITOR DISPERZ, EVEROLIMUS, TORPENZ
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Usos para una indicación no autorizada

Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenström, linfoma linfoplasmocítico de Waldenström, sarcoma de tejidos blandos (subtipos de tumores perivasculares de células epitelioides [PEComa] y linfangioleiomiomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados, carcinoma de tiroides (papilar, oncócito y folicular), carcinoma de endometrio, sarcoma uterino, cáncer de mama (en combinación con fulvestrant o tamoxifen), neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans), meningiomas.

Criterios de exclusión
Información médica requerida

-
Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recidivante irsecable, avanzada o metastásica, positiva para receptores hormonales (HR), negativa para receptores 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 2) se emite la receta del fármaco solicitado en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen, Y 3) el fármaco solicitado se usa para tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es recurrente, avanzada o en estadio IV. Para el astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA): El fármaco solicitado se administra como tratamiento adyuvante. Para el tumor del estroma gastrointestinal: 1) La enfermedad es residual, recidivante, irsecable o metastásica/con ruptura tumoral, Y 2) la enfermedad ha tenido progresión después del uso de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD), la enfermedad de Rosai-Dorfman y la histiocitosis de células de Langerhans (LCH): El paciente debe tener una mutación en la subunidad catalítica alfa de la fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-cinasa (PIK3CA).

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas

-
-

Duración de la cobertura

Año del plan

Otros criterios

-

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	EVKEEZA
Nombres del medicamento	EVKEEZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el inicio del tratamiento (tx) para la hipercolesterolemia familiar homocigota (HoFH), el paciente (pt) debe cumplir con TODO lo siguiente: A) Diagnóstico de HoFH confirmado mediante alguno de los siguientes métodos: 1) Pruebas genéticas que confirman dos alelos con mutación en el receptor de lipoproteínas de baja densidad (LDLR), la apolipoproteína B (ApoB), la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) o el locus genético de la proteína adaptadora 1 del receptor de lipoproteínas de baja densidad (LDLRAP1) O 2) antecedentes de un colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) no tratado de más de 400 mg/dL y alguno de los siguientes criterios: a) Presencia de xantomas cutáneos o tendinosos antes de los 10 años de edad, o b) un nivel de LDL-C no tratado mayor o igual a 190 mg/dL en ambos padres, que es compatible con hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH), Y B) si el paciente tiene 7 años de edad o más antes de iniciar el tratamiento, el paciente recibe actualmente tratamiento con una estatina de alta intensidad en la dosis máxima tolerada o la dosis máxima aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), a menos que el paciente sea intolerante a las estatinas o tenga una contraindicación para el tratamiento con estatinas, Y C) si el paciente tiene 10 años de edad o más antes de iniciar el tratamiento, el paciente recibe actualmente tratamiento dirigido a PCSK9 en la dosis máxima tolerada o la dosis máxima aprobada por la FDA, a menos que el paciente haya presentado intolerancia o tenga una contraindicación para todos los tratamientos dirigidos a PCSK9, Y D) antes de iniciar el tratamiento, el paciente presentó/presenta una respuesta inadecuada al tratamiento hipolipemiante, según lo indicado por un LDL-C tratado superior a 100 mg/dL (o superior a 70 mg/dL con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica), Y E) el paciente seguirá recibiendo tratamiento hipolipemiante concomitante. Para la renovación del tratamiento para la HoFH: A) El paciente cumple con todos los criterios iniciales Y B) ha respondido al tratamiento, como lo demuestra una reducción en el LDL-C con respecto al inicio, Y C) recibe tratamiento hipolipemiante concomitante.
Restricciones por edad	5 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EVRYSDI
Nombres del medicamento	EVRYSDI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial de la atrofia muscular espinal (SMA), el paciente cumple con TODO lo siguiente: 1) El paciente tiene SMA tipo 1, tipo 2 o tipo 3, Y 2) el paciente no depende de ventilación permanente. Para la continuación del tratamiento de la SMA, el paciente cumple con TODO lo siguiente: 1) El paciente tiene SMA tipo 1, tipo 2 o tipo 3, Y 2) el paciente ha presentado una mejoría funcional o mantenimiento de la función muscular.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un médico especialista en atrofia muscular espinal o en consulta con uno
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EXELDERM CREAM
Nombres del medicamento	EXELDERM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para los dos siguientes: 1) crema de clotrimazol Y 2) crema o champú de ketoconazol.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EXELDERM SOL
Nombres del medicamento	EXELDERM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para los dos siguientes: 1) crema de clotrimazol Y 2) crema o champú de ketoconazol.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	EYLEA
Nombres del medicamento	EYLEA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EYLEA HD
Nombres del medicamento	EYLEA HD
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FABHALTA
Nombres del medicamento	FABHALTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP) Y 2) La citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para la reducción de la proteinuria en pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgAN) con riesgo de progresión rápida de la enfermedad: 1) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (RAS) (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [ACE] o antagonista del receptor de angiotensina [ARB]) O 2) el paciente presentó intolerancia o tiene una contraindicación para los inhibidores del RAS.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Tratamiento inicial de la PNH: 6 meses, continuación del tratamiento de la PNH: Año del plan, IgAN: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FABIOR
Nombres del medicamento	FABIOR, TAZAROTENE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Nombres del medicamento	FABRAZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, O 2) El paciente es un portador obligado sintomático.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FANAPT
Nombres del medicamento	FANAPT, FANAPT PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS. A, FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I: 1) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FASENRA
Nombres del medicamento	FASENRA, FASENRA PEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma grave, tratamiento inicial: 1) Ya sea a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro O b) el paciente depende de corticosteroides sistémicos, Y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos siguientes medicamentos: a) Corticosteroide inhalado de dosis media a alta Y b) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o theophylline de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga una intolerancia o contraindicación para dichos tratamientos. Para el asma grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia o la gravedad de los síntomas y las exacerbaciones, o una reducción de la dosis diaria de corticosteroides orales de mantenimiento. Para la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA), tratamiento inicial: El paciente tiene antecedentes o presencia de un recuento de eosinófilos de más de 1000 células por microlitro o un nivel de eosinófilos en sangre superior al 10 por ciento. Para la EGPA, continuación del tratamiento: El paciente responde favorablemente al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra cualquiera de los siguientes factores: 1) una reducción en la frecuencia de las recaídas, 2) una reducción en la dosis diaria de corticosteroides orales, O 3) ausencia de vasculitis activa. Asma: A partir de los 6 años, EGPA: 18 años o más
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FEBUXOSTAT
Nombres del medicamento	FEBUXOSTAT, ULORIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FENSOLVI
Nombres del medicamento	FENSOLVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal en un análisis de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, Y 3) El inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de la 9 años de edad para pacientes masculinos. CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es varón.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FENTANYL PATCH
Nombres del medicamento	FENTANYL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un período de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) El paciente puede tomar la dosis solicitada de manera segura según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) El paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opioides Y 4) Esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FERRIPROX
Nombres del medicamento	DEFERIPRONE, FERRIPROX, FERRIPROX DOS VECES AL DÍA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La sobrecarga transfusional de hierro del paciente no se debe al síndrome mielodisplásico ni a la anemia de Diamond-Blackfan.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres del medicamento	FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina, bupropión.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FILSPARI
Nombres del medicamento	FILSPARI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgAN) con riesgo de progresión de la enfermedad: 1) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (RAS) (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [ACE] o antagonista del receptor de angiotensina [ARB]), O 2) el paciente presentó intolerancia o tiene una contraindicación para los inhibidores del RAS.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FILSUVEZ
Nombres del medicamento	FILSUVEZ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado no se administrará en heridas que ya estén curadas.
Restricciones por edad	A partir de los 6 meses de vida
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un dermatólogo o especialista en cuidado de heridas o en consulta con uno
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FINACEA
Nombres del medicamento	FINACEA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FINTEPLA
Nombres del medicamento	FINTEPLA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FIRDAPSE
Nombres del medicamento	FIRDAPSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Antecedentes de convulsiones
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FIRMAGON
Nombres del medicamento	FIRMAGON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FLEQSUVY
Nombres del medicamento	BACLOFEN, FLEQSUVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tomar formas farmacéuticas sólidas orales por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas, requiere administración a través de una sonda de alimentación).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FLUCYTOSINE (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	ANCOBON, FLUCYTOSINE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FLUTICASONE-SALMETEROL
Nombres del medicamento	ADVAIR DISKUS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del asma y el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): El paciente ha presentado una intolerancia a un producto preferido de fluticasone-salmeterol debido a un evento adverso (p. ej., erupción cutánea, náuseas, vómitos, anafilaxia) causado por un ingrediente inactivo no contenido en el fármaco solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FOLOTYN
Nombres del medicamento	FOLOTYN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide, síndrome de Sézary, leucemia/linfoma de células T en adultos (ATLL), linfoma extraganglionar de células T/linfocitos citolíticos naturales (NK), linfoma hepatosplénico de células T, linfoma anaplásico cutáneo de células grandes, tratamiento paliativo inicial para linfoma de células T periférico, linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA ALTERNATIVA: CLINDAMYCIN (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	CLINDAGEL, CLINDAMYCIN PHOSPHATE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA DICLOFENAC
Nombres del medicamento	DICLOFENAC POTASSIUM, LOFENA, ZIPSOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA DIFLUSINAL
Nombres del medicamento	DOLOBID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA DOXYCYCLINE
Nombres del medicamento	DORYX MPC, DOXYCYCLINE HYCLATE DR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una intolerancia a otro producto incluido en el formulario, como doxycycline monohydrate o comprimidos o cápsulas de doxycycline hyclate (sin incluir las formulaciones de liberación retardada).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA FENOPROFEN
Nombres del medicamento	FENOPROFEN CALCIUM, FENOPRON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA GABARONE
Nombres del medicamento	GABARONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA MELOXICAM
Nombres del medicamento	MELOXICAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA MUPIROCIN
Nombres del medicamento	MUPIROCIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA NAPROXEN
Nombres del medicamento	NAPRELAN, NAPROXEN, NAPROXEN SODIUM ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA NITROFURANTOIN SUSP
Nombres del medicamento	NITROFURANTOIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA OXYCODONE-APAP
Nombres del medicamento	NALOCET, OXYCODONE Y ACETAMINOPHEN, OXYCODONE HYDROCHLORIDE/A, OXYCODONE/ACETAMINOPHEN, PERCOCET, PROLATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA SPRIX
Nombres del medicamento	SPRIX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA TOLMETIN
Nombres del medicamento	TOLECTIN 600, TOLMETIN SODIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA TOPICAL ACYCLOVIR
Nombres del medicamento	ACICLOVIR, ZOVIRAX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA TOPICAL KETOCONAZOLE
Nombres del medicamento	KETOCONAZOLE, KETODAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA TOPICAL STEROIDS
Nombres del medicamento	AMCINONIDE, BRYHALI, CLOCORTOLONE PIVALATE, CORDRAN, DESONIDE, DESOXIMETASONE, DIFLORASONE DIACETATE, FLURANDRENOLIDE, HALCINONIDE, HALOBETASOL PROPIONATE, HALOG, HYDROCORTISONE BUTYRATE, LEXETTE, LOCOID, TOPICORT, TRIAMCINOLONE ACETONIDE, ULTRAVATE, VANOS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una intolerancia a otros dos esteroides tópicos del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA TRAMADOL
Nombres del medicamento	TRAMADOL HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA TRAMADOL SOL
Nombres del medicamento	TRAMADOL HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha presentado intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto incluido en el formulario, como comprimidos de tramadol, O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA VALSARTAN SOL
Nombres del medicamento	VALSARTAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha presentado intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto incluido en el formulario, como comprimidos de valsartan, O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida

FORTEO
FORTEO, TERIPARATIDE
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-
-
Para la osteoporosis posmenopáusica: La paciente cumple UNO de los siguientes criterios: 1) Antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) una puntuación T antes del tratamiento inferior o igual a -2.5 o una puntuación T antes del tratamiento superior a -2.5 y menor a -1 con una probabilidad alta de fractura antes del tratamiento según la Herramienta de Evaluación del Riesgo de Fractura (FRAX) Y la paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, tratamiento con glucocorticoides, puntuaciones T muy bajas o mayor riesgo de caídas), O b) la paciente no ha respondido adecuadamente a un tratamiento previo inyectable para osteoporosis o presenta intolerancia a este, O c) la paciente probó bifosfonatos orales al menos durante 1 año o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonada en hombres: El paciente cumple UNO de los siguientes criterios: 1) Antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera, O 2) una puntuación T antes del tratamiento inferior o igual a -2.5 o una puntuación T antes del tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura antes del tratamiento según FRAX, Y el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) El paciente no ha respondido adecuadamente a un tratamiento previo o es intolerante a un tratamiento inyectable previo para la osteoporosis, O b) el paciente probó bifosfonatos orales al menos durante 1 año o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: El paciente probó bifosfonato oral por lo menos durante 1 año, salvo que tenga una contraindicación o presente intolerancia a un bifosfonato oral, Y el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) El paciente tiene antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) una puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, O 3) una puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura previa al tratamiento según FRAX.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

-
-
Inicial: 24 meses, continuación: Año del plan
Continuación del tratamiento: Si el paciente ha recibido 24 meses o más de tratamiento con cualquier análogo de la hormona paratiroidea: 1) El paciente sigue teniendo o ha vuelto a tener un alto riesgo de fractura, Y 2) El beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura según FRAX si la probabilidad a 10 años es superior o igual al 20 por ciento para cualquier fractura osteoporótica importante, o es superior o igual al 3 por ciento para la fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente de prednisona) al día, la puntuación de riesgo estimada generada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para fractura osteoporótica mayor y por 1.2 para fractura de cadera.
Sí

Tratamiento previo requerido

Grupo de autorización previa	FOTIVDA (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	FOTIVDA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FRUZAQLA
Nombres del medicamento	FRUZAQLA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma apendicular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal y el adenocarcinoma apendicular: 1) La enfermedad es avanzada o metastásica, Y 2) el fármaco solicitado se usará como agente único, Y 3) el fármaco solicitado se usará como tratamiento de segunda línea o posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FULPHILA
Nombres del medicamento	FULPHILA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: El paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide, Y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FYARRO
Nombres del medicamento	FYARRO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Sarcoma uterino recidivante o inoperable con histología de tumor de células epitelioides perivasculares (PEComa).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FYCOMPA
Nombres del medicamento	FYCOMPA, PERAMPANEL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam.
Restricciones por edad	Convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): A partir de los 4 años. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FYLNETRA
Nombres del medicamento	FYLNETRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: El paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GALAFOLD
Nombres del medicamento	GALAFOLD
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GATTEX (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	GATTEX
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GAVRETO
Nombres del medicamento	GAVRETO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante positivo para reordenamiento del gen RET (reordenado durante la transfección) o cáncer de vesícula biliar positivo para fusión del gen RET.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica, Y 2) el tumor es positivo para fusión del gen RET (reordenado durante la transfección) o positivo para reordenamiento del gen RET.
Restricciones por edad	Cáncer pulmonar de células no pequeñas: 18 años de edad o más, cáncer de tiroides: 12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GAZYVA
Nombres del medicamento	GAZYVA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma extraganglionar de la zona marginal de estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de localización gástrica (no cutánea), linfoma ganglionar de la zona marginal, linfoma esplénico de la zona marginal, transformación histológica de linfomas de crecimiento lento en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células del manto, linfoma difuso de células B grandes, linfomas de células B de alto grado, linfoma de Burkitt, linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastornos linfoproliferativos postrasplante, enfermedad de Castleman, leucemia de células pilosas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los diagnósticos: La enfermedad es positiva para CD20. Para el linfoma extraganglionar de la zona marginal de estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de localización no gástrica (no cutánea), el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal: El fármaco solicitado se usa en alguno de los siguientes contextos: 1) Tratamiento de segunda línea o posterior, o 2) tratamiento de mantenimiento, o 3) sustituto de rituximab en un paciente que ha presentado intolerancia o una complicación poco frecuente (p. ej., una reacción mucocutánea) al rituximab, o 4) tratamiento de primera línea (solo para la indicación de linfoma de la zona marginal ganglionar). Para la transformación histológica de linfomas de crecimiento lento en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células del manto, linfoma difuso de células B grandes, linfomas de células B de alto grado, linfoma de Burkitt, linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastornos linfoproliferativos postrasplante y enfermedad de Castleman: El paciente ha presentado intolerancia o una complicación poco frecuente (p. ej., reacción mucocutánea) al rituximab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres del medicamento	FINGOLIMOD HYDROCHLORIDE, GILENYA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GILOTRIF
Nombres del medicamento	GILOTRIF
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente ha presentado un evento adverso intolerable o una contraindicación para erlotinib, gefitinib u osimertinib. Para el NSCLC escamoso metastásico: La enfermedad ha tenido progresión después de la quimioterapia a base de platino.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	GIMOTI
Nombres del medicamento	GIMOTI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente no recibirá metoclopramide durante más de 12 semanas consecutivas de tratamiento, Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la metoclopramide oral O el paciente no puede tomar metoclopramide oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	GIVLAARI
Nombres del medicamento	GIVLAARI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GLATIRAMER
Nombres del medicamento	COPAXONE, GLATIRAMER ACETATE, GLATOPA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GOCOVRI
Nombres del medicamento	GOCOVRI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GOMEKLI
Nombres del medicamento	GOMEKLI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GONADOTROPIN
Nombres del medicamento	GONADOTROPINA CORIÓNICA, NOVAREL, PREGNYL CON BENZYL DILUYENTE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Inducción de la ovulación
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GRALISE
Nombres del medicamento	GABAPENTIN UNA VEZ AL DÍA, GRALISE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la neuralgia posherpética: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la gabapentina genérica de liberación inmediata.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	GRANIX
Nombres del medicamento	GRANIX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre, después de la quimioterapia para la leucemia mieloide aguda (AML), neutropenia crónica grave (congénita, cíclica o idiopática), neutropenia en el síndrome mielodisplásico (MDS), agranulocitosis, neutropenia en la anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome hematopoyético o síndrome de radiación aguda
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente recibió, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GRASTEK
Nombres del medicamento	GRASTEK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica.
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Entre 5 y 65 años
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento

GROWTH HORMONE
GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQUICK, NORDITROPIN FLEXPRO,
OMNITROPE, ZOMACTON

Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación
no autorizada

Todas las indicaciones médicamente aceptadas
-

Criterios de exclusión
Información médica requerida

Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: El paciente (pt) es un recién nacido o recibió un diagnóstico de GHD como recién nacido O cumple con alguno de los siguientes criterios: 1) menor de 2.5 años con una estatura (ht) superior a 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media antes del tratamiento y una velocidad de crecimiento lenta O 2) tiene 2.5 años o más Y cumple con uno de los siguientes criterios: a) velocidad de crecimiento en 1 año más de 2 DE por debajo de la media antes del tratamiento O b) estatura superior a 2 DE por debajo de la media y velocidad de crecimiento en 1 año más de 1 DE por debajo de la media antes del tratamiento Y el paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: 1) No respondió adecuadamente a 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) antes del tratamiento (pico por debajo de 10 ng/mL), O 2) trastorno de la hipófisis/del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) antes del tratamiento superior a 2 DE por debajo de la media. Síndrome de Turner (TS): 1) Confirmado mediante cariotipificación Y 2) la estatura antes del tratamiento es inferior al percentil 5 para la edad. Pequeño para la edad gestacional (SGA): 1) Peso al nacer (peso) inferior a 2500 g a la edad gestacional (AG) superior a 37 semanas, O peso o longitud al nacer inferior al percentil 3 para la GA o al menos 2 DE por debajo de la media para la GA, Y 2) no presentó crecimiento de recuperación a los 2 años.

Restricciones por edad
Restricciones de personas
autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

SGA: 2 años o más
Recetado por un endocrinólogo, nefrólogo, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en soporte nutricional o genetista o en consulta con uno
Año del plan

GHD en adultos: El paciente cumple con alguno de los siguientes criterios:
1) No respondió adecuadamente a 2 pruebas de estimulación de la GH antes del tratamiento, O 2) IGF-1 antes del tratamiento más de 2 DE por debajo de la media Y no respondió adecuadamente a 1 prueba de estimulación de la GH antes del tratamiento, O 3) enfermedad hipotalámico-hipofisaria orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias de hormonas hipofisarias Y IGF-1 antes del tratamiento superior a 2 DE por debajo de la media, O 4) defectos hipotalámico-hipofisarios genéticos o estructurales, O 5) GHD de inicio en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/de la hipófisis/del SNC. Para la GHD pediátrica, el TS, la SGA y la GHD en adultos, continuación del tratamiento: El paciente está teniendo una mejoría.

Tratamiento previo requerido

No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

HADLIMA
HADLIMA, HADLIMA PUSHTOUCH
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Usos para una indicación no autorizada

Espondiloartritis axial no radiográfica, enfermedad de Behcet

Criterios de exclusión

-

Información médica requerida

Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):
1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis axial no radiográfica activas (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar con AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

-

-

Año del plan

Para la uveítis intermedia, posterior y panuveítis no infecciosas (solo nuevos inicios):
1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar con corticosteroides.

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	HAEGARDA
Nombres del medicamento	HAEGARDA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de los ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado por pruebas de laboratorio O BIEN 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado por pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. 6 años o más
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HARVONI
Nombres del medicamento	HARVONI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por la presencia de ARN del HCV en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (AASLD-IDSA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Los criterios aplicados son coherentes con la guía actual de la AASLD-IDSA. Recordatorio para la opción de 8 semanas si corresponde.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HEMADY
Nombres del medicamento	HEMADY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN
Nombres del medicamento	HERCEPTIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas provenientes del cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal de tipo natural RAS y BRAF amplificado por HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para HER2, cáncer de endometrio positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) La enfermedad está amplificada por HER2 y es de tipo RAS y BRAF y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN HYLECTA
Nombres del medicamento	HERCEPTIN HYLECTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recidivante o avanzado irreseccable
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HERNEXEOS (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	HERNEXEOS
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HERZUMA
Nombres del medicamento	HERZUMA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas provenientes del cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal de tipo natural RAS y BRAF amplificado por HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para HER2, cáncer de endometrio positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) La enfermedad está amplificada por HER2 y es de tipo RAS y BRAF y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HETLIOZ
Nombres del medicamento	HETLIOZ, TASIMELTEON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas: 1) Para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: a) Diagnóstico de ceguera total en los dos ojos (p. ej., retinas no funcionales) y b) incapacidad para percibir la luz en los dos ojos, Y 2) si recibe actualmente tratamiento con el fármaco solicitado, el paciente debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios: a) aumento de las horas totales de sueño durante la noche o b) disminución de la duración de siestas diurnas. Para los trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) Para el tratamiento inicial y el tratamiento de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS, Y 2) Si actualmente está en terapia con el medicamento solicitado, el paciente presentó una mejoría en la calidad del sueño desde que comenzó el tratamiento.
Restricciones por edad	No ajustado a las 24 horas: 18 años o más, SMS: 16 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en trastornos del sueño, neurólogo o psiquiatra, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HETLIOZ LQ
Nombres del medicamento	HETLIOZ LQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) Para el tratamiento inicial y el tratamiento de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS, Y 2) Si actualmente está en terapia con el medicamento solicitado, el paciente presentó una mejoría en la calidad del sueño desde que comenzó el tratamiento.
Restricciones por edad	Entre 3 y 15 años
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en trastornos del sueño, neurólogo o psiquiatra, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO
Nombres del medicamento	DIPYRIDAMOLE, KETOROLAC TROMETHAMINE, METHSCOPOLAMINE BROMIDE, METHYLDOPA, RYCLORA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HIZENTRA
Nombres del medicamento	HIZENTRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HORIZANT
Nombres del medicamento	HORIZANT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de piernas inquietas: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Pramipexole de liberación inmediata O ropinirole de liberación inmediata. Para la neuralgia posherpética: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la gabapentina genérica de liberación inmediata.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	HRM-AMITRIPTYLINE
Nombres del medicamento	AMITRIPTYLINE HCL, AMITRIPTYLINE HYDROCHLORI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor neuropático, profilaxis del dolor de cabeza tensional crónico, dolor de cuello crónico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropión, mirtazapina o trazodona Y 2) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropión, mirtazapina o trazodona. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicitlomina, ciclobenzaprina) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM: ANTICONVULSIVOS
Nombres del medicamento	PHENOBARBITAL, PHENOBARBITAL SODIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Epilepsia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HRM-ANTIPARKINSON
Nombres del medicamento	BENZTROPINE MESYLATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	EPS (síntomas extrapiramidales): 1) El paciente no ha probado el fármaco alternativo que no es HRM amantadine Y 2) el paciente tiene una contraindicación para el fármaco alternativo que no es HRM amantadine O 3) el paciente ha probado el fármaco alternativo que no es HRM amantadine Y 4) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al fármaco alternativo que no es HRM amantadine. Parkinson: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos que no son HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos que no son HRM: amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, diciclomina, ciclobenzaprina) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-CARBINOXAMINE
Nombres del medicamento	CARBINOXAMINE MALEATE, RYVENT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal Y 2) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	HRM-CLEMASTINE
Nombres del medicamento	CLEMASTINE FUMARATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal Y 2) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-CYPROHEPTADINE
Nombres del medicamento	CYPROHEPTADINE HCL, CYPROHEPTADINE HYDROCHLOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Prurito, espasticidad debido a lesión de la médula espinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal Y 2) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicyclomina, ciclobenzaprina) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-DOXEPIN
Nombres del medicamento	DOXEPIN HCL, DOXEPIN HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	<p>Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropión, mirtazapina o trazodona Y 2) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropión, mirtazapina o trazodona.</p> <p>Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada.</p> <p>Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicyclomina, ciclobenzaprina) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].</p>
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE ER
Nombres del medicamento	GUANFACINE HYDROCHLORIDE, INTUNIV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE IR
Nombres del medicamento	GUANFACINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE
Nombres del medicamento	HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE, HYDROXYZINE PAMOATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada O 3) el paciente no ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) con el fármaco solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida

HRM-HYDROXYZINE INY.
HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para el síndrome de abstinencia de alcohol: 1) El paciente no ha probado uno de los siguientes fármacos alternativos: clorazepate o lorazepam Y 2) el paciente tiene una contraindicación para uno de los siguientes fármacos alternativos: Clorazepate o lorazepam O 3) el paciente ha probado uno de los siguientes fármacos alternativos: Clorazepate o lorazepam Y 4) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes fármacos alternativos: clorazepate o lorazepam. Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada O 3) el paciente no ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda.

-

-

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

Año del plan

Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado).

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	HRM-HYPNOTICS
Nombres del medicamento	AMBIEN, AMBIEN CR, EDLUAR, ESZOPICLONE, LUNESTA, ZALEPLON, ZOLPIDEM TARTRATE, ZOLPIDEM TARTRATE ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) El paciente tiene una contraindicación para los fármacos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) y ramelteon O b) el paciente ha probado uno de los siguientes fármacos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes fármacos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y 2) la persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 3) si el paciente recibe dos o más medicamentos adicionales con actividad en el sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el fármaco solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos con actividad en el sistema nervioso central (SNC) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-MECLIZINE
Nombres del medicamento	MECLIZINE HCL, MECLIZINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicitomina, ciclobenzaprina) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-PROMETHAZINE
Nombres del medicamento	PHENERGAN, PROMETHAZINE HCL, PROMETHAZINE HYDROCHLORID, PROMETHEGAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal Y 2) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicyclomina, ciclobenzaprina) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM: RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
Nombres del medicamento	CARISOPRODOL, CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO, METAXALONE, METHOCARBAMOL, SOMA, TANLOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 2) si el paciente recibe uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el fármaco solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-TCA DOLOR NEUROPÁTICO
Nombres del medicamento	DESIPRAMINE HYDROCHLORIDE, IMIPRAMINE HCL, IMIPRAMINE HYDROCHLORIDE, IMIPRAMINE PAMOATE, NORPRAMIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor neuropático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropión, mirtazapina o trazodona Y 2) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropión, mirtazapina o trazodona. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicitlomina, ciclobenzaprina) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HUMIRA
Nombres del medicamento	HUMIRA, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS INICIAL, HUMIRA PEN-PS/UV INICIAL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Espondiloartritis axial no radiográfica, enfermedad de Behcet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis axial no radiográfica activas (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar con AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la uveítis intermedia, posterior y panuveítis no infecciosas (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar con corticosteroides.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	HYFTOR
Nombres del medicamento	HYFTOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HYPNOTIC BENZODIAZEPINES
Nombres del medicamento	ESTAZOLAM, HALCION, TRIAZOLAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado). Y 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para doxepina (3 mg o 6 mg) o ramelteon, Y 3) Si el paciente está usando dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	HYQVIA
Nombres del medicamento	HYQVIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IBRANCE (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	IBRANCE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IBSRELA
Nombres del medicamento	IBSRELA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IBTROZI (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	IBTROZI
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IBUPROFEN-FAMOTIDINE
Nombres del medicamento	IBUPROFEN/FAMOTIDINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a dos regímenes diferentes que contienen cualquier combinación de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y un bloqueador de ácido de cualquiera de las siguientes clases de medicamentos: Antagonista del receptor H2 (H2RA), inhibidor de la bomba de protones (PPI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ICATIBANT
Nombres del medicamento	FIRAZYR, ICATIBANT ACETATE, SAJAZIR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado por pruebas de laboratorio O BIEN 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado por pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. 18 años o más Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ICLUSIG
Nombres del medicamento	ICLUSIG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en la fase crónica o fase blástica, tumores del estroma gastrointestinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el paciente tiene CML acelerada o en fase blástica y ningún otro inhibidor de la cinasa está indicado, 2) el paciente tiene CML en fase crónica y ha tenido resistencia o intolerancia a al menos 2 inhibidores de la cinasa previos Y al menos uno de ellos fue imatinib, dasatinib o nilotinib, 3) el paciente es positivo para la mutación T315I, O BIEN 4) el paciente no tiene mutación identificable en BCR-ABL1 y resistencia al tratamiento primario con imatinib, bosutinib, dasatinib o nilotinib. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para los tumores del estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad cumple cualquiera de los siguientes criterios: A) residual, B) irreseccable, C) recurrente, D) metastásica/ruptura tumoral, Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	IDHIFA
Nombres del medicamento	IDHIFA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia mieloide aguda de diagnóstico reciente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación en el gen isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene AML de diagnóstico reciente y no es candidato para el tratamiento de inducción intensiva o lo rechaza, 2) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior a la inducción de acuerdo con la respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado, 3) el paciente tiene AML recidivante o refractaria, O BIEN 4) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de consolidación.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ILARIS
Nombres del medicamento	ILARIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis idiopática juvenil sistémica activa o la enfermedad de Still activa de inicio en la edad adulta (solo nuevos comienzos), el paciente debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: 1) respuesta inadecuada a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), un corticosteroide, metotrexato o leflunomida, O BIEN 2) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad biológica (DMARD) previo. Para los brotes de gota, el paciente debe cumplir con todos los siguientes requisitos (nuevos comienzos): 1) dos o más brotes de gota dentro de los 12 meses anteriores al tratamiento inicial con el medicamento solicitado, Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a al menos dos de los siguientes medicamentos: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), colchicina o corticosteroides. Para los brotes de gota (continuación): el paciente tuvo una respuesta clínica positiva al tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ILUMYA
Nombres del medicamento	ILUMYA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% del área de superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	IMAAVY
Nombres del medicamento	IMAAVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miastenia gravis generalizada (gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable mientras está en el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IMATINIB (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	GLEEVEC, IMATINIB MESYLATE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA
Nombres del medicamento	IMBRUVICA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia de células pilosas, linfoma linfoplasmocítico, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), linfoma difuso de células B grandes, trastornos linfoproliferativos postrasplante, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, el linfoma ganglionar de la zona marginal, el linfoma de la zona marginal esplénica), metástasis cerebrales en el linfoma
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se usará como tratamiento subsiguiente, 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con rituximab como tratamiento previo al tratamiento de inducción con el régimen RHyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y dexametasona), O BIEN 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de inducción agresiva. Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, el linfoma ganglionar de la zona marginal y el linfoma de la zona marginal esplénica): el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior. Para la leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se utilizará como agente único para el avance de la enfermedad. Para el linfoma primario del SNC: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria O BIEN 2) el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de inducción como agente único. Para el linfoma difuso de células B grandes, el linfoma de células B de alto grado, el linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El medicamento solicitado se utilizará como agente único y como tratamiento de segunda línea o posterior para la enfermedad recidivante o refractaria. Para los trastornos linfoproliferativos postrasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioinmunoterapia previamente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IMDELLTRA
Nombres del medicamento	IMDELLTRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IMFINZI
Nombres del medicamento	IMFINZI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) irresecable en estadio II, NSCLC recidivante, mantenimiento con agente único para el cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio avanzado después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de cuello uterino persistente, recidivante o metastásico (NECC), adenocarcinoma ampular, cáncer gástrico, cánceres de esófago y de la unión esofagogástrica, mesotelioma pleural.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es irresecable en estadio II o III, O BIEN 2) la enfermedad es resecable, recidivante, avanzada o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IMJUDO
Nombres del medicamento	IMJUDO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante, cáncer gástrico, cánceres de esófago y de la unión esofagogástrica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IMKELDI
Nombres del medicamento	IMKELDI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cordoma recidivante, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: El paciente no puede usar comprimidos de imatinib. Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para la CML: El paciente no fracasó (se excluye el fracaso debido a intolerancia) en el tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina quinasa. Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable Y 2) La enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) El paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	IMPAVIDO
Nombres del medicamento	IMPAVIDO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Embarazo. Síndrome de Sjögren-Larsson.
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	28 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IMVEXXY
Nombres del medicamento	IMVEXXY MAINTENANCE PACK, IMVEXXY STARTER PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	INBRIJA
Nombres del medicamento	INBRIJA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial de los episodios durante el período <i>off</i> de la enfermedad de Parkinson: 1) el paciente está siendo tratado actualmente con carbidopa/levodopa oral, Y 2) el paciente no tiene ninguna de las siguientes enfermedades: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otra enfermedad pulmonar crónica subyacente. Para continuar el tratamiento de los episodios durante el período «off» en la enfermedad de Parkinson: El paciente presenta una mejoría con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	INCRELEX
Nombres del medicamento	INCRELEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	En el caso del retraso del crecimiento debido a una deficiencia grave primaria del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) o a la delección genética de la hormona del crecimiento (GH) en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos antes de comenzar el tratamiento con el medicamento solicitado (solo nuevos inicios): 1) la altura está 3 o más desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo, 2) el nivel basal de IGF-1 está 3 o más DE por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo Y 3) la prueba de estimulación de la hormona del crecimiento muestra un nivel normal o elevado de esta hormona. En el caso del retraso del crecimiento debido a una deficiencia primaria grave de IGF-1 o a la delección genética de la GH en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH, continuación del tratamiento: el paciente está experimentando una mejoría.
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

Usos para una indicación no autorizada

Criterios de exclusión

Información médica requerida

INFLECTRA

INFLECTRA

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.

-

Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):

1) El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX), b) el paciente presenta intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) Ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, b) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios):

El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que impediría probar con AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.

-

-

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

Año del plan

Para la hidradenitis supurativa (solo para nuevos inicios): El paciente tiene una enfermedad grave y resistente al tratamiento. Para la uveítis (solo para nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) el paciente tiene una contraindicación que impediría probar el tratamiento inmunosupresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente presentó un evento adverso intolerable a Renflexis y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.

Sí

Tratamiento previo requerido

Grupo de autorización previa	INLYTA
Nombres del medicamento	INLYTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma de tiroides (papilar, oncocítico o folicular), sarcoma alveolar de partes blandas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: la enfermedad está avanzada, en recaída o en estadio IV.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	INQOVI
Nombres del medicamento	INQOVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	INREBIC
Nombres del medicamento	INREBIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la cinasa janus 2 (JAK2), neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides, linfoides, o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: La enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SUMINISTROS DE INSULINA
Nombres del medicamento	-
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El producto solicitado se está utilizando con insulina.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	INTRAROSA
Nombres del medicamento	INTRAROSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IQIRVO
Nombres del medicamento	IQIRVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la colangitis biliar primaria (PBC): Para el tratamiento inicial: 1) El diagnóstico de PBC se confirmó mediante al menos dos de los siguientes métodos: a) Evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (ALP) durante al menos 6 meses, b) Presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (título superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reactividad inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares ANA específicos de PBC (p. ej., anti-gp210, anti-sp100), c) Evidencia histológica de PBC en la biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de los conductos biliares interlobulillares y septales), Y 2) El paciente tiene un nivel sérico elevado de ALP antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado y cumple uno de los siguientes requisitos: a) Ha presentado una respuesta inadecuada a por lo menos 12 meses de tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico (UDCA)/ursodiol y continuará el tratamiento concomitante con UDCA/ursodiol, b) Es intolerante al tratamiento previo con UDCA/ursodiol. Para la PBC (continuación): El paciente logró o mantuvo un beneficio clínico del tratamiento con Iqirvo.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LIBERACIÓN INMEDIATA (IR) ANTES DE LIBERACIÓN PROLONGADA (ER)
Nombres del medicamento	CONZIP, HYDROCODONE BITARTRATE ER, HYDROMORPHONE HCL ER, HYDROMORPHONE HYDROCHLORI, HYSINGLA ER, LEVORPHANOL TARTRATE, METHADONE HCL, METHADONE HYDROCHLORIDE I, MORPHINE SULFATE ER, MS CONTIN, NUCYNTA ER, OXYCONTIN, OXYMORPHONE HYDROCHLORIDE, TRAMADOL HCL ER, TRAMADOL HYDROCHLORIDE ER, XTAMPZA ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un período de tratamiento prolongado con un analgésico opiode diario en un paciente que ha estado tomando un opiode Y 2) El paciente puede tomar la dosis solicitada de manera segura según su historial de uso de opiodes [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opiodes potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) El paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opiodes Y 4) Esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opiode de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opiode de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	IRESSA
Nombres del medicamento	GEFITINIB, IRESSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante con mutación sensibilizante positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación sensibilizante del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ISOTRETINOIN
Nombres del medicamento	ABSORICA, ABSORICA LD, ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOIN, ZENATANE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Acné vulgar grave, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sezary), alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (cánceres de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (enfermedad de Darier), ictiosis lamelar, pitiriasis rubra pilaris
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ISTURISA
Nombres del medicamento	ISTURISA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ITOVEBI (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	ITOVEBI
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IVERMECTIN TABS.
Nombres del medicamento	IVERMECTIN, STROMECTOL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Ascariasis, larva migrans cutánea, mansonelliasis, sarna, gnatostomiasis, pediculosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado no se prescribe para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IVIG
Nombres del medicamento	ALYGLO, BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (CLL) de células B: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dl O BIEN 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT): 1) se solicita IVIG dentro de los primeros 100 días después del trasplante O BIEN 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dl. Para la infección pediátrica por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): 1) IgG sérica inferior a 400 mg/dl O BIEN 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) se ha probado al menos un tratamiento estándar de primera línea (corticosteroide o inmunosupresor) pero no tuvo éxito o no se toleró O BIEN 2) el paciente no puede recibir el tratamiento estándar debido a una contraindicación u otra razón clínica. Para la aplasia pura de glóbulos rojos (PRCA): La PRCA es secundaria a la infección por parvovirus B19.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	IWILFIN
Nombres del medicamento	IWILFIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	IZERVAY
Nombres del medicamento	IZERVAY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JAKAFI
Nombres del medicamento	JAKAFI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Mielofibrosis de riesgo bajo, neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica, leucemia linfoblástica aguda (ALL), leucemia mielomonocítica crónica (CMML)-2, síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia, trombocitemia esencial, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2, leucemia prolinfocítica de células T, leucemia de linfocitos grandes granulares de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la policitemia vera: 1) el paciente tiene una respuesta inadecuada, intolerancia o resistencia a la hidroxiurea Y 2) el paciente cumple con UNO de los siguientes criterios: a) el paciente tiene una respuesta inadecuada o intolerancia a Besremi (ropeginterferón alfa-2b-njft), O BIEN b) el paciente tiene enfermedad de alto riesgo. Para la leucemia linfoblástica aguda: el paciente tiene una mutación del factor 2 similar al receptor de citocinas (CRLF2) o una mutación asociada con la activación de la vía de señalización Janus cinasa/transductores de señal y activadores de proteínas de transcripción (JAK/STAT). Para la CMML-2: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: el medicamento solicitado se utiliza como agente único o en combinación con un agente hipometilante. Para la trombocitemia esencial: el paciente tuvo una respuesta inadecuada o pérdida de respuesta a la hidroxiurea, al tratamiento con interferón o a la anagrelida. Para neoplasias mieloides, linfoides, o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: La enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	JATENZO
Nombres del medicamento	JATENZO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal baja confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	JAYPIRCA
Nombres del medicamento	JAYPIRCA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, el linfoma ganglionar de la zona marginal, el linfoma esplénico de la zona marginal)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL): El paciente cumple con los dos siguientes criterios: 1) el paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina cinasa de Bruton (BTK), como Calquence (acalabrutinib), Y 2) el paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor del linfoma de células B tipo 2 (BCL-2). Para el linfoma de células del manto: el paciente ha recibido tratamiento previo para un inhibidor de BTK, por ejemplo Calquence (acalabrutinib). Para el linfoma de la zona marginal (MZL): el paciente ha recibido un inhibidor covalente de la tirosina cinasa de Bruton (BTK), por ejemplo, Calquence (acalabrutinib).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	JEMPERLI
Nombres del medicamento	JEMPERLI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal y el adenocarcinoma de intestino delgado: el paciente tiene enfermedad con deficiencia en la reparación de errores de emparejamiento (dMMR)/inestabilidad de microsatélites alta (MSI-H) o enfermedad con mutación en la polimerasa épsilon-delta (POLE/POLD1). En el caso de los tumores sólidos: el paciente tiene enfermedad con deficiencia en la reparación de errores de emparejamiento (dMMR)/alta inestabilidad de microsatélites (MSI-H).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	JEVTANA
Nombres del medicamento	JEVTANA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene un diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	JOENJA
Nombres del medicamento	JOENJA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del síndrome de la fosfoinositida 3-quinasa delta activada (APDS): el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron la presencia de una variante en PIK3CD o PIK3R1.
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JOURNAVX
Nombres del medicamento	JOURNAVX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JUXTAPID
Nombres del medicamento	JUXTAPID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el inicio del tratamiento para la hipercolesterolemia familiar homocigota (HoFH), el paciente (Pt) debe cumplir con TODO lo siguiente: A) Diagnóstico de HoFH confirmado por uno de los siguientes: 1) pruebas genéticas para confirmar dos alelos mutantes en el receptor de lipoproteínas de baja densidad (LDLR), la apolipoproteína B (ApoB), la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) o el locus génico de la proteína adaptadora 1 del receptor de lipoproteínas de baja densidad (LDLRAP1) O 2) antecedentes de un colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) no tratado de más de 400 mg/dl y cualquiera de los siguientes: a) presencia de xantomas cutáneos o tendinosos antes de los 10 años de edad, o b) un nivel de LDL-C no tratado mayor o igual a 190 mg/dl en ambos padres, que es compatible con hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH), Y B) antes del inicio del tratamiento, el paciente está recibiendo tratamiento con una estatina de alta intensidad en la dosis máxima tolerada o la dosis máxima aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), a menos que el paciente sea intolerante a las estatinas o tenga una contraindicación para el tratamiento con estatinas, Y C) antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente está recibiendo tratamiento dirigido a PCSK9 en la dosis máxima tolerada o la dosis máxima aprobada por la FDA, a menos que el paciente haya tenido una intolerancia o tenga una contraindicación para todos los tratamientos dirigidos a PCSK9, Y D) antes del inicio del tratamiento, el paciente está experimentando una respuesta inadecuada al tratamiento hipolipemiante, según lo indicado por un LDL-C tratado superior a 100 mg/dl (o superior a 70 mg/dl con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica), Y E) el paciente seguirá recibiendo tratamiento concomitante para la reducción de lípidos. Para la renovación del tratamiento para la HoFH: A) el paciente cumple con todos los criterios iniciales Y B) ha respondido al tratamiento, como lo demuestra una reducción en el LDL-C desde el inicio, Y C) está recibiendo tratamiento concomitante para la reducción de lípidos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	JYNARQUE
Nombres del medicamento	JYNARQUE, TOLVAPTAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KALBITOR
Nombres del medicamento	KALBITOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y una de las siguientes maneras: a) El paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KALYDECO
Nombres del medicamento	KALYDECO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor). A partir de 1 mes de vida
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KANJINTI
Nombres del medicamento	KANJINTI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas provenientes del cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal de tipo natural RAS y BRAF amplificado por HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para HER2, cáncer de endometrio positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) La enfermedad está amplificada por HER2 y es de tipo RAS y BRAF y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KANUMA
Nombres del medicamento	KANUMA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia de lipasa ácida lisosomal: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la lipasa ácida lisosomal o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KESIMPTA
Nombres del medicamento	KESIMPTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KETOCONAZOLE
Nombres del medicamento	KETOCONAZOLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Síndrome de Cushing
Criterios de exclusión	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos que están contraindicados con comprimidos de ketoconazol: dofetilida, quinidina, pimozida, cisaprida, metadona, disopiramida, dronedarona, ranolazina, alcaloides del cornezuelo de centeno, irinotecán, lurasidona, midazolam oral, alprazolam, triazolam, felodipina, nisoldipina, tolvaptán, eplerenona, lovastatina, simvastatina o colchicina.
Información médica requerida	Los beneficios potenciales superan los riesgos del tratamiento con ketoconazol oral. En el caso de las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene alguno de los siguientes diagnósticos: blastomicosis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioidomicosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se prescribe a un paciente que no puede tolerar la cirugía o cuando la cirugía no ha sido curativa.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KETOPROFEN
Nombres del medicamento	KETOPROFEN, KETOPROFEN ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a dos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KEVEYIS
Nombres del medicamento	DICLORFENAMIDA, KEVEYIS, ORMALVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la parálisis periódica HIPOcalémica primaria: 1) el diagnóstico fue respaldado por los resultados de las pruebas genéticas, 2) el paciente tiene antecedentes familiares de parálisis periódica hipocalémica primaria, O BIEN 3) los ataques del paciente se asocian con hipocalemia Y se han descartado tanto el síndrome de Andersen-Tawil como la parálisis periódica tirotóxica. Para la parálisis periódica HIPERcalémica primaria: 1) el diagnóstico fue respaldado por los resultados de las pruebas genéticas, 2) el paciente tiene antecedentes familiares de parálisis periódica hipercalémica primaria, O BIEN 3) los ataques del paciente se asocian con hipercalemia Y se ha descartado el síndrome de Andersen-Tawil. Para continuar el tratamiento de la parálisis periódica hipocalémica primaria e hipercalémica primaria: El paciente está mostrando una respuesta al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo indica una disminución en la cantidad o la gravedad de los ataques.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KEVZARA
Nombres del medicamento	KEVZARA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la polimialgia reumática (PMR) (solo nuevos inicios): 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con corticosteroides, 2) el paciente ha tenido un brote de la enfermedad mientras intentaba disminuir los corticosteroides O BIEN 3) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de corticosteroides. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KEYTRUDA
Nombres del medicamento	KEYTRUDA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KHINDIVI
Nombres del medicamento	KHINDIVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la insuficiencia suprarrenal: 1) El paciente requiere una concentración que no está disponible en las tabletas de hidrocortisona, O BIEN 2) El paciente tiene dificultad para tragar las tabletas de hidrocortisona.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KIMMTRAK
Nombres del medicamento	KIMMTRAK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KINERET
Nombres del medicamento	KINERET
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Artritis idiopática juvenil sistémica, enfermedad de Still de inicio en la edad adulta, enfermedad de Castleman multicéntrica, síndrome de Schnitzler, enfermedad de Erdheim-Chester.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil sistémica activa (solo para nuevos comienzos): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Tyenne (tocilizumab-aazg).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KISQALI
Nombres del medicamento	KISQALI, KISQALI FEMARA 400 DOSE, KISQALI FEMARA 600 DOSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor hormonal, negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol, para tumores con receptores de estrógeno positivos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KLISYRI
Nombres del medicamento	KLISYRI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes: A) imiquimod crema al 5 por ciento, B) fluorouracil crema o solución.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KONVOMEPE
Nombres del medicamento	KONVOMEPE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la úlcera gástrica benigna activa: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un ensayo de un mes de cada uno de los dos inhibidores de la bomba de protones (PPI) O 2) el paciente ha tenido una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de un mes de dos inhibidores de la bomba de protones (PPI), Y 3) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KORLYM
Nombres del medicamento	KORLYM, MIFEPRISTONA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KOSELUGO
Nombres del medicamento	KOSELUGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Fusión del BRAF o glioma circunscrito recurrente o progresivo con mutación activadora BRAF V600E positiva, histiocitosis de células de Langerhans
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Para la neurofibromatosis tipo 1: 2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KRAZATI
Nombres del medicamento	KRAZATI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente con mutación KRAS G12C, metástasis cerebrales del sistema nervioso central (SNC) del NSCLC positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma de páncreas positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma ampular positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma apendicular positivo para KRAS G12C, cáncer de vías biliares positivo para KRAS G12C (colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático, cáncer de vesícula biliar)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KRISTALOSE
Nombres del medicamento	KRISTALOSE, LACTULOSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el estreñimiento: 1) El paciente ha tenido un mes de solución genérica de lactulosa, 2) El paciente ha tenido una intolerancia que prohibiría un ensayo de un mes de solución genérica de lactulosa, O BIEN 3) El paciente tiene una contraindicación para un ingrediente inactivo en la solución genérica de lactulosa que el medicamento solicitado no contiene.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KRYSTEXXA
Nombres del medicamento	KRYSTEXXA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado no se utilizará en concomitancia con agentes hipouretanos orales. Para el inicio del tratamiento para la gota crónica: 1) el paciente debe cumplir con cualquiera de los siguientes requisitos: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a un ensayo de 3 meses de un inhibidor de la xantina oxidasa en la dosis máxima médicamente apropiada, a menos que exista una razón clínica para no completar un ensayo (p. ej., reacción alérgica grave, toxicidad, intolerancia, interacción significativa con otros medicamentos, disfunción renal grave [solo para alopurinol], insuficiencia renal en etapa terminal [solo para febuxostat], o antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) o un nuevo evento cardiovascular (CV) [solo para febuxostat]), o b) si hay una razón clínica para no completar un ensayo de 3 meses con un inhibidor de la xantina oxidasa, se requiere una respuesta inadecuada a un ensayo de 3 meses de probenecid, a menos que haya una razón clínica para no completar un ensayo de probenecid (p. ej., insuficiencia renal [tasa de filtración glomerular de 30 ml por minuto o menos], reacción alérgica grave, toxicidad, intolerancia, discrasias sanguíneas existentes o cálculos renales de ácido úrico e interacción farmacológica significativa) Y 2) el paciente experimenta brotes frecuentes de gota (2 o más por año) O el paciente tiene al menos 1 tofo de gota o artritis gotosa. Para la continuación del tratamiento de la gota crónica: 1) el paciente no ha tenido 2 niveles consecutivos de ácido úrico por encima de 6 mg/dl, Y 2) el tratamiento está resultando beneficioso para el paciente (p. ej., niveles séricos de ácido úrico inferiores a 6 mg/dl, reducción de tofos, reducción de síntomas y/o brotes).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KYPROLIS
Nombres del medicamento	KYPROLIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Macroglobulinemia de Waldenström, linfoma linfoplasmocítico, amiloidosis sistémica de cadenas ligeras
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LAMZEDE
Nombres del medicamento	LAMZEDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las manifestaciones de alfa-manosidosis fuera del sistema nervioso central: el diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-manosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LAPATINIB
Nombres del medicamento	LAPATINIB DITOSYLATE, TYKERB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recidivante, cordoma recurrente positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), cáncer colorrectal con HER2 amplificado y sin mutaciones en los genes RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama, la paciente cumple con todo lo siguiente: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica (incluidas las metástasis cerebrales), b) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), c) el medicamento solicitado se usará en combinación con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de la aromatasas, 2) capecitabina O 3) trastuzumab. Para el cáncer colorrectal: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab y 2) la paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LAZCLUZE
Nombres del medicamento	LAZCLUZE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LEMTRADA
Nombres del medicamento	LEMTRADA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las formas recidivantes de esclerosis múltiple (MS) (p. ej., esclerosis múltiple remitente-recurrente, esclerosis múltiple secundaria progresiva activa), el paciente cumple TODOS los requisitos siguientes: 1) para el primer ciclo de tratamiento, el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos indicados para la MS a pesar de la duración adecuada del tratamiento Y 2) para el segundo ciclo de tratamiento y los siguientes, el tratamiento comenzará al menos 12 meses después de la última dosis del ciclo de tratamiento anterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	30 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	LENVIMA
Nombres del medicamento	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE, LENVIMA 12MG DAILY DOSE, LENVIMA 14 MG DAILY DOSE, LENVIMA 18 MG DAILY DOSE, LENVIMA 20 MG DAILY DOSE, LENVIMA 24 MG DAILY DOSE, LENVIMA 4 MG DAILY DOSE, LENVIMA 8 MG DAILY DOSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma endometrial recidivante, carcinoma tímico, melanoma cutáneo irreseccable o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer diferenciado de tiroides (folicular, papilar u oncócítico): la enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo y es irreseccable, localmente recurrente, persistente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular (HCC): la enfermedad es irreseccable, extrahepática o metastásica, o confinada al hígado. Para el carcinoma de células renales (RCC): la enfermedad está avanzada, en recaída o en estadio IV. Para el carcinoma de endometrio (EC), el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) la enfermedad está avanzada, es recurrente o metastásica, 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con pembrolizumab, 3) el paciente tuvo progresión de la enfermedad después de un tratamiento sistémico previo. En el caso del carcinoma anaplásico de tiroides, el paciente cumple con TODOS los requisitos siguientes: 1) la enfermedad es metastásica, 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LEQSELVI
Nombres del medicamento	LEQSELVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la alopecia areata grave (inicial): 1) El paciente tiene al menos un 50% de pérdida de cabello en el cuero cabelludo según lo medido por la Herramienta de Gravedad de la Alopecia (SALT) Y 2) El paciente no tiene principalmente alopecia de patrón difuso (caracterizada por caída difusa del cabello) ni otras formas de alopecia (p. ej., alopecia androgenética, tricotilomanía, efluvio telógeno, pérdida de cabello inducida por quimioterapia). Para la alopecia areata grave (continuación): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva, como lo demuestra una mejoría en los signos y síntomas de la afección con respecto al inicio (p. ej., aumento de la cobertura del cabello del cuero cabelludo).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LEUKERAN
Nombres del medicamento	LEUKERAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LEUKINE
Nombres del medicamento	LEUKINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Profilaxis de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia, la neutropenia en los síndromes mielodisplásicos (MDS), la neutropenia en la anemia aplásica, la neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la neutropenia crónica grave (congénita, cíclica o idiopática), el neuroblastoma
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia, el paciente debe cumplir con los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene un cáncer no mielóide y 2) el paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento oncológico mielosupresor.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LEUPROLIDE
Nombres del medicamento	LEUPROLIDE ACETATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Uso en combinación con la hormona del crecimiento para niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de las glándulas salivales positivos para receptores de andrógenos, pubertad precoz central
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) el diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a un test de agonista de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, 3) el inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de la 9 años de edad para pacientes masculinos.
Restricciones por edad	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LIBTAYO
Nombres del medicamento	LIBTAYO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrente, cáncer de cuello de útero, cáncer de vulva, cáncer de vagina, adenocarcinoma de intestino delgado, carcinoma anal, cáncer de colon, adenocarcinoma apendicular, cáncer de recto.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células basales: el paciente fue tratado previamente con un inhibidor de la vía Hedgehog O el tratamiento con un inhibidor de la vía Hedgehog no es apropiado. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad está avanzada, es recurrente o metastásica. Para el cáncer de cuello de útero, el cáncer de vagina, el cáncer de vulva y el carcinoma anal: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior. Para el cáncer de colon, el adenocarcinoma apendicular y el cáncer de recto: la enfermedad presenta deficiencia en la reparación de desajustes/inestabilidad de microsatélites alta (dMMR/MSI-H) o polimerasa épsilon/delta (POLE/POLD1).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PARCHES CON LIDOCAÍNA
Nombres del medicamento	LIDOCAINE, LIDOCAN, TRIDACAINE II, ZTLIDO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con el cáncer (incluso neuropatía relacionada con el tratamiento [por ejemplo, neuropatía relacionada con la radioterapia o la quimioterapia]).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LITFULO
Nombres del medicamento	LITFULO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la alopecia areata grave (inicial): 1) El paciente tiene al menos un 50% de pérdida de cabello en el cuero cabelludo según lo medido por la Herramienta de Gravedad de la Alopecia (SALT), Y 2) El paciente no tiene principalmente alopecia de patrón difuso (caracterizada por caída difusa del cabello) ni otras formas de alopecia (p. ej., alopecia androgenética, tricotilomanía, efluvio telógeno, pérdida de cabello inducida por quimioterapia). Para la alopecia areata grave (continuación): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva, como lo demuestra una mejoría en los signos y síntomas de la afección con respecto al inicio (p. ej., aumento de la cobertura del cabello del cuero cabelludo).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LIVDELZI
Nombres del medicamento	LIVDELZI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la colangitis biliar primaria (PBC): Para el tratamiento inicial: 1) El diagnóstico de PBC se confirmó mediante al menos dos de los siguientes métodos: a) Evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (ALP) durante al menos 6 meses, b) Presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (título superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reactividad inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares ANA específicos de PBC (p. ej., anti-gp210, anti-sp100), c) Evidencia histológica de PBC en la biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de los conductos biliares interlobulillares y septales), Y 2) El paciente tiene un nivel sérico elevado de ALP antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado y cumple uno de los siguientes requisitos: a) Ha presentado una respuesta inadecuada a por lo menos 12 meses de tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico (UDCA)/ursodiol y continuará el tratamiento concomitante con UDCA/ursodiol, b) Es intolerante al tratamiento previo con UDCA/ursodiol. Para la PBC (continuación): El paciente logró o mantuvo un beneficio clínico del tratamiento con Livdelzi.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LIVMARLI
Nombres del medicamento	LIVMARLI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del prurito colestásico en un paciente con síndrome de Alagille (ALGS) (continuación): el tratamiento ha sido beneficioso para el paciente (por ejemplo, por mejoría del prurito). Para el tratamiento del prurito colestásico en un paciente con colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC), (inicial): 1) el diagnóstico de PFIC se ha confirmado mediante pruebas genéticas, 2) el paciente no tiene PFIC tipo 2 con variantes ABCB11 que resultan en una ausencia no funcional o total de la proteína bomba de exportación de sales biliares (BSEP), 3) el paciente no tiene ninguna otra enfermedad hepática concomitante, Y 4) el paciente no ha recibido un trasplante hepático. Para el tratamiento del prurito colestásico en un paciente con PFIC (continuación): el tratamiento ha sido beneficioso para el paciente (por ejemplo, por mejoría del prurito).
Restricciones por edad	Para ALGS: a partir de los 3 meses de edad; para PFIC: A partir de los 12 meses de vida
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un hepatólogo o gastroenterólogo.
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LIVTENCITY
Nombres del medicamento	LIVTENCITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo o un oncólogo
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LODOCO
Nombres del medicamento	LODOCO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LONSURF (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	LONSURF
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LOQTORZI
Nombres del medicamento	LOQTORZI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma nasofaríngeo irresecable (NPC) en combinación con cisplatino y gemcitabina
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del carcinoma nasofaríngeo (NPC): 1) el medicamento solicitado se usará en combinación con cisplatino y gemcitabina Y la enfermedad es irresecable, metastásica, localmente avanzada o recurrente, O BIEN 2) el paciente cumple TODOS los requisitos siguientes: a) el medicamento solicitado se utilizará como agente único, b) la enfermedad es recurrente, irresecable, o metastásica, Y c) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad durante o después de una quimioterapia con platino.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LORBRENA
Nombres del medicamento	LORBRENA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK), NSCLC recurrente, metastásico o avanzado positivo para el reordenamiento del protooncogén cinasa de tirosina (ROS1), enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/refractaria positiva para ALK, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o inoperable para el IMT con translocación de ALK), metástasis cerebrales del sistema nervioso central (SNC) del NSCLC positivo para el reordenamiento de ALK, linfoma difuso de células B grandes positivo para ALK en recaída o refractario, linfoma periférico de células T positivo para ALK recidivante o refractario.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico: 1) la enfermedad es positiva para ALK Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib) O 3) la enfermedad es positiva para el reordenamiento de ROS1 y el medicamento solicitado se usa según la progresión de la enfermedad en alguno de los siguientes: crizotinib, entrectinib o ceritinib, o repotrectinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LOREEV
Nombres del medicamento	LOREEV XR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está utilizando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea eficaz para los síntomas del trastorno de ansiedad, O el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI), Y 2) el médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado), Y 3) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	LUCEMYRA
Nombres del medicamento	LOFEXIDINE HYDROCHLORIDE, LUCEMYRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUCENTIS
Nombres del medicamento	LUCENTIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUMAKRAS
Nombres del medicamento	LUMAKRAS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma de páncreas recurrente, localmente avanzado o metastásico positivo para KRAS G12C, cáncer colorrectal avanzado o irresecable positivo para KRAS G12C (incluido el adenocarcinoma apendicular), adenocarcinoma ampular progresivo positivo para KRAS G12C
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene enfermedad positiva para la mutación KRAS G12C.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Nombres del medicamento	LUMIZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Pompe: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUMRYZ
Nombres del medicamento	LUMRYZ, LUMRYZ STARTER PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño, Y 2) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) Si el paciente tiene 17 años o menos, ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a por lo menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que le impediría probar medicamentos estimulantes del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), b) Si el paciente tiene 18 años o más, ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a por lo menos un medicamento promotor de la vigilia del CNS (p. ej., armodafinil, modafinil), O tiene una contraindicación que le impediría probar medicamentos promotores de la vigilia del CNS (p. ej., armodafinil, modafinil). Para el tratamiento de la cataplejía en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño. Para la continuación del tratamiento: El paciente ha presentado una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplejía con narcolepsia.
Restricciones por edad	7 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o neurólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	LUNSUMIO
Nombres del medicamento	LUNSUMIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUPKYNIS
Nombres del medicamento	LUPKYNIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Uso en combinación con ciclofosfamida
Información médica requerida	Para la nefritis lúpica (LN): 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento inmunosupresor de base para la nefritis lúpica (por ejemplo, micofenolato mofetilo, corticosteroides), O 2) el paciente tiene una intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento inmunosupresor de fondo para la nefritis lúpica, Y 3) para inicio del tratamiento, el paciente tiene diagnóstico confirmado de LN mediante alguno de los siguientes: a) biopsia renal, b) positivo para autoanticuerpos relevantes para el lupus eritematoso sistémico (SLE) (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anticuerpos anti-ADN bicatenario [anti-ds DNA], anti-Smith [anti-Sm], antifosfolípidos, proteínas del complemento). Para la continuación de la nefritis lúpica: el tratamiento está siendo beneficioso para el paciente.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUPRON PED
Nombres del medicamento	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH, LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH, LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal en un análisis de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, Y 3) El inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de la 9 años de edad para pacientes masculinos. CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
Nombres del medicamento	LUPRON DEPOT (1-MONTH), LUPRON DEPOT (3-MONTH)
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama, cáncer de ovario/cáncer de trompas de Falopio/cáncer primario de peritoneo, tumor recurrente de glándulas salivales con receptor de andrógenos positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para volver a tratar la endometriosis, el medicamento solicitado se utiliza en combinación con acetato de noretindrona. En el caso de los fibromas uterinos, la paciente debe cumplir con uno de los siguientes requisitos: 1) diagnóstico de anemia (por ejemplo, hematocrito menor o igual al 30 por ciento y/o hemoglobina menor o igual a 10 g/dl), O BIEN 2) el medicamento solicitado se usará antes de la cirugía para los fibromas uterinos. Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado se usa para la enfermedad positiva para receptores hormonales (HR).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Fibromas uterinos: 3 meses, máximo 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo 12 meses en total. Otros: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUPRON-PROSTATE CA
Nombres del medicamento	LEUPROLIDE ACETATE, LUPRON DEPOT (1-MONTH), LUPRON DEPOT (3-MONTH), LUPRON DEPOT (4-MONTH), LUPRON DEPOT (6-MONTH), LUTRATE DEPOT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	tumores malignos del estroma de los cordones sexuales
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LYNOZYFIC
Nombres del medicamento	LYNOZYFIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LYNPARZA (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	LYNPARZA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LYRICA CR
Nombres del medicamento	LYRICA CR, PREGABALIN ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el dolor neuropático asociado con la neuropatía periférica diabética (DPN) y la neuralgia posherpética (PHN): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina genérica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LYTGOBI (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	LYTGOBI
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MARGENZA
Nombres del medicamento	MARGENZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MAVENCLAD
Nombres del medicamento	MAVENCLAD
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	60 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MAVYRET
Nombres del medicamento	MAVYRET
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Cirrosis hepática descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (Clasificación de Child Turcotte Pugh [CTP] B o C).
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por la presencia de ARN del HCV en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [CTP clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (AASLD-IDSA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MAYZENT
Nombres del medicamento	MAYZENT, MAYZENT STARTER PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Nombres del medicamento	MEGESTROL ACETATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al megestrol 40 miligramos por mililitro (40 mg/ml) de suspensión oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MEKINIST
Nombres del medicamento	MEKINIST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman, leucemia de células pilosas.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para una mutación en el BRAF, Y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con dabrafenib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para el melanoma uveal: El medicamento solicitado se utilizará como agente único. Para el cáncer de ovario, el cáncer de trompas de Falopio y el cáncer primario de peritoneo: El medicamento solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) la enfermedad es positiva para la mutación BRAF V600E, Y 2) la enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo (RAI), Y 3) el medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para la leucemia de células pilosas: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib, Y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con inhibidores de BRAF. Para tumores sólidos: 1) el tumor es positivo para una mutación BRAF V600E, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEKTOVI
Nombres del medicamento	MEKTOVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (por ejemplo, V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con encorafenib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib, Y 3) la enfermedad está avanzada, es recurrente o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MEMANTINE
Nombres del medicamento	MEMANTINE HCL TITRATION P, MEMANTINE HYDROCHLORIDE, MEMANTINE HYDROCHLORIDE E
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes menores de 30 años.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEPRON
Nombres del medicamento	ATOVAQUONE, MEPRON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Babesiosis, toxoplasmosis, profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> en pacientes pediátricos, tratamiento de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> leve a moderada en pacientes pediátricos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la neumonía leve a moderada por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP): el paciente tiene intolerancia o contraindicación para sulfametoxazol/trimetoprima (SMX-TMP). Para la prevención de la PCP e indicaciones de profilaxis de la toxoplasmosis primaria: 1) el paciente tiene intolerancia o contraindicación para SMX-TMP, Y 2) el paciente está inmunocomprometido. Para la profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: el paciente está inmunocomprometido. Para el tratamiento de la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en concomitancia con azitromicina.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: 6 meses, todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	METFORMIN ER
Nombres del medicamento	METFORMIN HYDROCHLORIDE E
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una intolerancia que prohibió un ensayo de 4 semanas de metformina de liberación inmediata Y Glucophage XR genérico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	METHERGINE
Nombres del medicamento	METHERGINE, METHYLERGONOVINE MALEATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	METHYLPHENIDATE
Nombres del medicamento	APTENSIO XR, CONCERTA, COTEMPLA XR-ODT, DAYTRANA, JORNAY PM, METADATE CD, METHYLIN, METHYLPHENIDATE, METHYLPHENIDATE HYDROCHLO, QUILLICHEW ER, QUILLIVANT XR, RELEXXII, RITALIN, RITALIN LA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) el paciente tiene un diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o Trastorno por déficit de atención (TDA), 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño O BIEN 3) el medicamento solicitado se prescribe para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de que se hayan descartado otras causas de fatiga.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MICO-ZN-PETR OINT
Nombres del medicamento	MICONAZOLE NITRATE/ZINC O, VUSION
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La presencia de infección por candida se ha confirmado mediante evaluación microscópica (evidencia microscópica de pseudohifas y/o levaduras gemantes) antes de iniciar el tratamiento.
Restricciones por edad	Paciente pediátrico de 4 semanas de edad o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MIGLUSTAT
Nombres del medicamento	MIGLUSTAT, YARGESA, ZAVESCA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MIPLYFFA
Nombres del medicamento	MIPLYFFA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, inicial: 1) el diagnóstico fue confirmado por pruebas genéticas que demostraron una variante del gen NPC1 o NPC2, 2) el paciente tiene manifestaciones neurológicas de la enfermedad (p. ej., pérdida de las habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación), 3) el medicamento solicitado no se usará en combinación con Aqneursa (levacetilleucina), Y 4) el medicamento solicitado se usará en combinación con miglustat. Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, continuación: El tratamiento está resultando beneficioso para el paciente (p. ej., estabilización o mejora en las habilidades motoras finas, la deglución, el habla, la deambulación).
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MIRCERA
Nombres del medicamento	MIRCERA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debidos a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial de la anemia debido a la enfermedad renal crónica (CKD): 1) el paciente tiene reservas adecuadas de hierro (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20%), Y 2) la hemoglobina (Hgb) antes del tratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dl. Para nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior): 1) el paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina, Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl, Y 4) el paciente tiene reservas adecuadas de hierro (p. ej., una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20%).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo (p. ej., se usa para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se suministra como parte del material médico necesario para la prestación de un servicio médico).
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MIRVASO
Nombres del medicamento	BRIMONIDINE TARTRATE, MIRVASO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MODAFINIL
Nombres del medicamento	MODAFINIL, PROVIGIL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Hipersomnia idiopática
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la somnolencia excesiva asociada con la narcolepsia: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con la apnea obstructiva del sueño (OSA): El diagnóstico se ha confirmado mediante polisomnografía o prueba de apnea del sueño en el hogar (HSAT) con un dispositivo técnicamente adecuado. Para la hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico se ha confirmado por TODOS los siguientes métodos: 1) el paciente ha tenido lapsos de sueño o una necesidad irreprimible de dormir durante el día, diariamente, durante al menos 3 meses, Y 2) se confirma la ausencia del síndrome de sueño insuficiente, Y 3) ausencia de cataplejía, Y 4) menos de 2 períodos de inicio del sueño con de movimientos oculares rápidos (SOREMP) o ningún SOREMP, si la latencia de movimientos oculares rápidos en un estudio del sueño nocturno fue menor o igual a 15 minutos, Y 5) la latencia promedio del sueño de 8 minutos o menos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo total de sueño en 24 horas es mayor o igual a 11 horas, Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico, o uso de drogas/medicamentos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de la prueba. Para la hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: El paciente ha tenido una disminución de la somnolencia diurna desde el inicio.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MODEYSO (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	MODEYSO
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MONJUVI
Nombres del medicamento	MONJUVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma de células B relacionado con el VIH, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), linfoma de células B de alto grado
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado de otra manera, el linfoma de células B relacionado con el VIH, el trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), el linfoma de células B de alto grado, el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado de otra manera, incluido el DLBCL que surge de un linfoma de bajo grado: 1) el paciente tiene una enfermedad recidivante o refractaria, Y 2) el paciente no es elegible para un trasplante autólogo de células madre (ASCT).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MOTPOLY XR
Nombres del medicamento	MOTPOLY XR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Aptiom (a partir de los 4 años), Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam (a partir de los 4 años). Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones tónicoclónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) Si el paciente tiene 6 años o más, ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MOUNJARO
Nombres del medicamento	MOUNJARO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MOZOBIL
Nombres del medicamento	MOZOBIL, PLERIXAFOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MRESVIA
Nombres del medicamento	MRESVIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad del tracto respiratorio inferior (LRTD) y la LRTD grave causada por el virus respiratorio sincitial (RSV): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MULPLETA
Nombres del medicamento	MULPLETA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la trombocitopenia en pacientes con enfermedad hepática crónica: El recuento de plaquetas no transfundidas antes de un procedimiento programado es inferior a 50,000/mcL.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MVASI
Nombres del medicamento	MVASI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, tipos de cáncer del sistema nervioso central (CNS) (incluidos los gliomas difusos de alto grado en pacientes pediátricos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal testicular, sarcomas de tejidos blandos, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, tipos de cáncer vulvar, cáncer de vagina, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, que incluye subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomasosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones, excepto trastornos oftálmicos: El paciente presentó un evento adverso intolerable a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MYALEPT
Nombres del medicamento	MYALEPT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Lipodistrofia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Obesidad generalizada no asociada a lipodistrofia generalizada.
Información médica requerida	En el caso de la lipodistrofia, el paciente cumple TODOS los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene un diagnóstico de lipodistrofia generalizada congénita (es decir, síndrome de Berardinelli-Seip) O lipodistrofia generalizada adquirida (es decir, síndrome de Lawrence), 2) El paciente tiene deficiencia de leptina confirmada por pruebas de laboratorio, Y 3) El paciente tiene al menos una complicación de lipodistrofia (p. ej., diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, aumento de los niveles de insulina en ayunas). Para la lipodistrofia (renovación): El paciente ha tenido una mejoría desde el inicio en el control metabólico (p. ej., mejor control glucémico, disminución de los triglicéridos, disminución de los niveles de enzimas hepáticas).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MYCAPSSA
Nombres del medicamento	MYCAPSSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o la radioterapia O existe una razón clínica por la que el paciente no se ha sometido a la cirugía o la radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MYFEMBREE
Nombres del medicamento	MYFEMBREE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el sangrado menstrual abundante asociado a leiomiomas uterinos (miomas) y el dolor moderado a intenso asociado a la endometriosis en una paciente premenopáusicas: la paciente no ha recibido aún 24 meses o más de tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo 24 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MYLOTARG
Nombres del medicamento	MYLOTARG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia promielocítica aguda (APL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	MYOBLOC
Nombres del medicamento	MYOBLOC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Hiperhidrosis axilar primaria, hiperhidrosis palmar
Criterios de exclusión	Uso cosmético
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NAGLAZYME
Nombres del medicamento	NAGLAZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El diagnóstico de mucopolisacaridosis VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NAPROXEN-ESOMEPRAZOLE
Nombres del medicamento	NAPROXEN/ESOMEPRAZOLE MAG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a dos regímenes diferentes que contienen cualquier combinación de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y un bloqueador de ácido de cualquiera de las siguientes clases de medicamentos: Antagonista del receptor H2 (H2RA), inhibidor de la bomba de protones (PPI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NEMLUVIO
Nombres del medicamento	NEMLUVIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el prurigo nodular (PN), tratamiento inicial: El paciente ha tenido una respuesta de tratamiento inadecuada a un corticosteroide tópico O los corticosteroides tópicos no son aconsejables para el paciente. Para el PN, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la dermatitis atópica (AD), tratamiento inicial: 1) el paciente tiene una enfermedad de moderada a grave, Y 2) al menos el 10% de la superficie corporal total (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 3) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O no se recomienda el uso de corticoides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina en el paciente. Para la AD, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. PN: 18 años o más; AD: 12 años o más
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	PN, inicial: 6 meses; AD, inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NERLYNX
Nombres del medicamento	NERLYNX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NEULASTA
Nombres del medicamento	NEULASTA, NEULASTA ONPRO KIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: El paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielode, Y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NEUPOGEN
Nombres del medicamento	NEUPOGEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielode, Y 2) El paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NEUPRO
Nombres del medicamento	NEUPRO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Parkinson y el síndrome de piernas inquietas: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes genéricos: ropinirol, pramipexol O BIEN 2) el paciente no puede tragar medicamentos orales.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NEXAVAR
Nombres del medicamento	NEXAVAR, SORAFENIB TOSYLATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumores fibrosos solitarios), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recidivante, cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompas de Falopio, cáncer primario de peritoneo, neoplasias linfoides y/o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda: la enfermedad es positiva para la mutación de la tirosina cinasa 3 similar a FMS con duplicación interna en tándem (FLT3-ITD) y se cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas, 2) el medicamento solicitado se utiliza para la inducción del tratamiento de baja intensidad, con posterioridad a la inducción o como tratamiento de consolidación, O BIEN 3) la enfermedad es recidivante o refractaria. Para el carcinoma de tiroides: la histología es folicular, papilar, oncocítica o medular. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recidivante o metastásica/con ruptura tumoral, Y 2) la enfermedad ha avanzado después del uso de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NEXVIAZYME
Nombres del medicamento	NEXVIAZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas. A partir de 1 año
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NGENLA
Nombres del medicamento	NGENLA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	Para la deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica, inicial: A) el paciente tiene una velocidad de crecimiento en estatura (ht) a 1 año antes del tratamiento (pre-tx) con más de 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media O una ht pre-tx con más de 2 DE por debajo de la media Y el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) presentó niveles bajos en 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) pre-tx (pico por debajo de 10 ng/mL), 2) trastorno de la hipófisis/sistema nervioso central (SNC) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor 1 de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) pre-tx con más de 2 DE por debajo de la media O B) el paciente fue diagnosticado con GHD recién nacido. Para la GHD pediátrica, continuación del tratamiento: El paciente está experimentando una mejora.
Restricciones por edad	3 años o más.
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NIKTIMVO
Nombres del medicamento	NIKTIMVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NILOTINIB
Nombres del medicamento	NILOTINIB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (LLA Ph+), tumor del estroma gastrointestinal (TEGI), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o en la fase blástica, sinovitis villonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinoviales, melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) Si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente es negativo para T315I, Y253H, E255K/V, y mutaciones F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) Si el paciente ha presentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. Para el tumor del estroma gastrointestinal (TEGI): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recidivante/progresiva o metastásica/ruptura tumoral Y 2) la enfermedad ha progresado con al menos 2 tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable Y 2) La enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) El paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NINLARO
Nombres del medicamento	NINLARO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras recidivante/refractaria, macroglobulinemia de Waldenström, linfoma linfoplasmocítico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NITISINONE
Nombres del medicamento	NITISINONE, ORFADIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la tirosinemia hereditaria tipo 1 (HT-1): El diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes procedimientos: 1) Pruebas bioquímicas (por ejemplo, detección de succinialcetona en orina), 2) pruebas genéticas (análisis de mutaciones), 3) pruebas enzimáticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NITYR
Nombres del medicamento	NITYR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la tirosinemia hereditaria tipo 1 (HT-1): El diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes procedimientos: 1) Pruebas bioquímicas (por ejemplo, detección de succinialcetona en orina), 2) pruebas genéticas (análisis de mutaciones), 3) pruebas enzimáticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NIVESTYM
Nombres del medicamento	NIVESTYM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide, Y 2) El paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NORITATE
Nombres del medicamento	NORITATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres del medicamento	DROXIDOPA, NORTHERA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipotensión ortostática neurogénica (nOH): Para el tratamiento inicial, el paciente tiene una disminución persistente y constante de la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg O una disminución de la presión arterial diastólica de al menos 10 mmHg dentro de los 3 minutos posteriores a la prueba de estar de pie o de inclinación en tabla basculante. Para continuar con el tratamiento, el paciente ha tenido una reducción sostenida de los síntomas de nOH (es decir, disminución de los mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Tanto para el tratamiento inicial como para el de continuación, el medicamento solicitado se utilizará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada a uno de los siguientes diagnósticos: 1) insuficiencia autonómica primaria debido a la enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica o insuficiencia autonómica pura, O 2) deficiencia de dopamina beta-hidroxilasa, O 3) neuropatía autonómica no diabética.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NOXAFIL POWDER
Nombres del medicamento	NOXAFIL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para la profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: el paciente pesa 40 kilogramos o menos. Desde los 2 años hasta menos de 18 años
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSP.
Nombres del medicamento	NOXAFIL, POSACONAZOLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la candidiasis orofaríngea: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el fluconazol.
Restricciones por edad	13 años o más.
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Candidiasis orofaríngea: 1 mes. Todas las demás indicaciones: 6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NPLATE
Nombres del medicamento	NPLATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la trombocitopenia inmunitaria (ITP) (nuevos inicios): 1) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas, Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes de iniciar el medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcL O de 30,000 a 50,000/mcL con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevea pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predisponga al paciente a traumatismos). Para ITP (continuación): el paciente tiene respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado con UNO de los siguientes criterios: 1) el recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcL O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcL y menor o igual a 400,000/mcL Y la dosis se ajustará para mantener un recuento de plaquetas suficiente a fin de evitar sangrado de importancia clínica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Para ITP: Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan; para HSARS: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	NUBEQA
Nombres del medicamento	NUBEQA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida

NUCALA
NUCALA
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-
-
Para el asma grave, tratamiento inicial: 1) ya sea que a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro O b) el paciente depende de corticosteroides sistémicos, Y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos siguientes medicamentos: a) Corticosteroide inhalado de dosis media a alta Y b) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o theophylline de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga una intolerancia o contraindicación para dichos tratamientos. Para el asma grave, continuación del tratamiento: el control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia o la gravedad de los síntomas y las exacerbaciones, o una reducción de la dosis diaria de corticosteroides orales de mantenimiento. Para la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA), tratamiento inicial: El paciente tiene antecedentes o presencia de un recuento de eosinófilos de más de 1000 células por microlitro o un nivel de eosinófilos en sangre superior al 10 por ciento. Para la EGPA, continuación del tratamiento: El paciente responde favorablemente al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra cualquiera de los siguientes factores: 1) una reducción en la frecuencia de las recaídas, 2) una reducción en la dosis diaria de corticosteroides orales, O 3) ausencia de vasculitis activa. Para el síndrome hipereosinofílico (HES), tratamiento inicial: 1) el paciente ha tenido HES durante 6 meses o más, 2) el paciente tiene HES sin una causa secundaria no hematológica identificable, 3) el paciente no tiene HES positivo para la fusión FIP1L1-PDGFR α , 4) el paciente tiene antecedentes o presencia de un recuento de eosinófilos en sangre de al menos 1000 células por microlitro, Y 5) el paciente ha permanecido en una dosis estable de al menos un tratamiento de HES (p. ej., corticosteroides orales, inmunosupresores y/o tratamiento citotóxico). En el caso del HES, continuación del tratamiento: el paciente tiene una respuesta positiva al tratamiento, como lo demuestra la reducción de los brotes de HES.
Asma: 6 años o más; EGPA y CRSwNP: a partir de los 18 años; HES: 12 años o más

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

Año del plan
Para la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP): 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona).

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	NUEDEXTA
Nombres del medicamento	NUEDEXTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el afecto pseudobulbar (PBA), inicial: 1) el paciente tiene un diagnóstico de afecto pseudobulbar debido a una enfermedad o lesión neurológica subyacente Y 2) el paciente está experimentando episodios de PBA caracterizados por episodios involuntarios, repentinos y frecuentes de risa y/o llanto. Para PBA, continuación: El paciente ha tenido una disminución de los episodios de afecto pseudobulbar (PBA) desde que inició el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NUPLAZID
Nombres del medicamento	NUPLAZID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe estar antes de la aparición de los síntomas psicóticos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NURTEC
Nombres del medicamento	NURTEC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la migraña aguda: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor triptano 5-HT1. Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña por mes desde el inicio.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 3 meses; todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NYVEPRIA
Nombres del medicamento	NYVEPRIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: El paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OCALIVA
Nombres del medicamento	OCALIVA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la colangitis biliar primaria (PBC) sin cirrosis o con cirrosis compensada sin evidencia de hipertensión portal: Para el tratamiento inicial: 1) El diagnóstico de PBC se confirmó mediante al menos dos de los siguientes métodos: a) Evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (ALP) durante al menos 6 meses, b) Presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (título superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reactividad inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares ANA específicos de PBC (p. ej., anti-gp210, anti-sp100), c) Evidencia histológica de PBC en la biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de los conductos biliares interlobulillares y septales), Y 2) El paciente tiene un nivel sérico elevado de ALP antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado y cumple uno de los siguientes requisitos: a) Ha presentado una respuesta inadecuada a por lo menos 12 meses de tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico (UDCA)/ursodiol y continuará el tratamiento concomitante con UDCA/ursodiol, b) Es intolerante al tratamiento previo con UDCA/ursodiol. Para PBC (continuación): el paciente logró o mantuvo un beneficio clínico del tratamiento con Ocaliva.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OCREVUS
Nombres del medicamento	OCREVUS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OCREVUS ZUNOVO
Nombres del medicamento	OCREVUS ZUNOVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OCTREOTIDE
Nombres del medicamento	OCTREOTIDE ACETATE, SANDOSTATIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Control tumoral de timomas y carcinomas tímicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia, inicial: 1) el paciente tiene un nivel alto de factor 1 de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o la radioterapia O existe una razón clínica por la que el paciente no se ha sometido a la cirugía o la radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ODACTRA
Nombres del medicamento	ODACTRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica.
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Entre 12 y 65 años.
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ODOMZO
Nombres del medicamento	ODOMZO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OFEV
Nombres del medicamento	OFEV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos inicios): 1) Se han excluido otras causas de fibrosis pulmonar Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) Un estudio mediante tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax o una biopsia de pulmón revela el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP), O b) el estudio mediante HRCT del tórax revela un resultado distinto del patrón de UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP) y el diagnóstico está respaldado por una biopsia de pulmón o por una discusión multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia de pulmón. Para las enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes crónicas con fenotipo progresivo (fibrosis pulmonar progresiva): el paciente tiene enfermedad progresiva confirmada (p. ej., disminución forzada de la capacidad vital [FVC], empeoramiento de los síntomas respiratorios, progresión de la fibrosis en la tomografía computarizada de alta resolución [HRCT]). Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: El diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OGIVRI
Nombres del medicamento	OGIVRI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas provenientes del cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal de tipo natural RAS y BRAF amplificado por HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para HER2, cáncer de endometrio positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) La enfermedad está amplificada por HER2 y es de tipo RAS y BRAF y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OGSIVEO
Nombres del medicamento	OGSIVEO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OHTUVAYRE
Nombres del medicamento	OHTUVAYRE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes medicamentos: budesonida/formoterol, fluticasona/salmeterol, Breo Ellipta (fluticasona/vilanterol), Incruse Ellipta (umeclidinium), Anoro Ellipta (umeclidinium/vilanterol), Bevespi (glicopirrolato/formoterol), Serevent Diskus (salmeterol), Trelegly Ellipta (fluticasona/umeclidinio/vilanterol).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OJEMDA
Nombres del medicamento	OJEMDA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de glioma pediátrico de bajo grado (LGG) recidivante o refractario: el tumor del paciente es positivo para a) fusión o reordenamiento del BRAF O b) mutación BRAF V600.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OJJAARA
Nombres del medicamento	OJJAARA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la mielofibrosis, el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene un diagnóstico de mielofibrosis primaria o mielofibrosis secundaria con riesgo intermedio o alto (es decir, pospolicitemia vera o posttrombocitemia esencial), 2) el paciente tiene anemia definida como hemoglobina inferior a 10 gramos por decilitro (g/dl) o tiene anemia dependiente de transfusiones Y 3) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Jakafi (ruxolitinib) O tiene hemoglobina inferior a 8 g/dl.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OLUMIANT
Nombres del medicamento	OLUMIANT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la alopecia areata grave (inicial): 1) El paciente tiene al menos un 50% de pérdida de cabello en el cuero cabelludo según lo medido por la Herramienta de Gravedad de la Alopecia (SALT), Y 2) El paciente no tiene principalmente alopecia de patrón difuso (caracterizada por caída difusa del cabello) ni otras formas de alopecia (p. ej., alopecia androgenética, tricotilomanía, efluvio telógeno, pérdida de cabello inducida por quimioterapia). Para la alopecia areata grave (continuación): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva, como lo demuestra una mejoría en los signos y síntomas de la afección con respecto al inicio (p. ej., aumento de la cobertura del cabello del cuero cabelludo).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OMEGA-3
Nombres del medicamento	LOVAZA, OMEGA-3-ACID ETHYL ESTERS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertrigliceridemia: Antes del inicio del tratamiento con un medicamento reductor de triglicéridos, el paciente tenía un nivel de triglicéridos mayor o igual a 500 miligramos por decilitro (mg/dl).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OMEPRAZOLE-BICARB CAPS.
Nombres del medicamento	OMEPRAZOLE/SODIUM BICARBO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con ensayos de un mes de los dos inhibidores de la bomba de protones (PPI), O 2) el paciente ha tenido una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de un mes de dos PPI.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Mantenimiento de la curación de la esofagitis erosiva: Año del plan, todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OMEPRAZOLE-BICARB POWDER
Nombres del medicamento	OMEPRAZOLE/SODIUM BICARBO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones, excepto la reducción del riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes críticos: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un ensayo de un mes de cada uno de los dos inhibidores de la bomba de protones (PPI) O 2) el paciente ha tenido una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de un mes de dos PPI, Y 3) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Mantenimiento de la curación de la esofagitis erosiva: Año del plan, todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OMNIPOD
Nombres del medicamento	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INT, OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 POD, OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6, OMNIPOD DASH INTRO KIT (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere manejo de insulina con múltiples inyecciones diarias, Y 2) El paciente se mide los niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente está usando un glucómetros de monitoreo continuo, Y 3) El paciente ha presentado alguno de los siguientes casos con el régimen actual para la diabetes: Control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, grandes fluctuaciones en la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, variaciones glucémicas graves.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OMVOH
Nombres del medicamento	OMVOH
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ONAPGO
Nombres del medicamento	ONAPGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Parkinson avanzada, continuación: El paciente presenta una mejoría con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un neurólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ONCASPAR
Nombres del medicamento	ONCASPAR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma extraganglionar de células T/NK, leucemia agresiva de células NK (ANKL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ONGENTYS
Nombres del medicamento	ONGENTYS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

ONTRUZANT
ONTRUZANT

Usos para una indicación no autorizada

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas provenientes del cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal de tipo natural RAS y BRAF amplificado por HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para HER2, cáncer de endometrio positivo para HER2.

Criterios de exclusión
Información médica requerida

-
Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) La enfermedad está amplificada por HER2 y es de tipo RAS y BRAF y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

-
-

Tratamiento previo requerido

Año del plan
Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Sí

Grupo de autorización previa	ONUREG
Nombres del medicamento	ONUREG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma periférico de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OPDIVO
Nombres del medicamento	OPDIVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OPDIVO QVANTIG
Nombres del medicamento	OPDIVO QVANTIG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OPDUALAG
Nombres del medicamento	OPDUALAG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento sistémica neoadyuvante para el melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OPFOLDA
Nombres del medicamento	OPFOLDA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: 1) el diagnóstico fue confirmado por un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o por pruebas genéticas Y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con Pombiliti (cipaglusidasa alfa-atga) Y 3) el paciente cumple los dos siguientes requisitos: A) Pesa al menos 40 kilogramos (kg), B) no mejora con el tratamiento de reemplazo enzimático (ERT) actual.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OPIPZA
Nombres del medicamento	OPIPZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia, 1) el paciente cumple con los dos requisitos siguientes: a) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona Y b) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar, O 2) el paciente es incapaz de tragar medicamentos orales. Para el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor (MDD), 1) el paciente cumple con los dos requisitos siguientes: a) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina Y b) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Rexulti, Vraylar, OR 2) el paciente es incapaz de tragar medicamentos orales. Para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el trastorno autista: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, risperidona, O 2) el paciente no puede tragar medicamentos orales. Para el tratamiento del trastorno de Tourette: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al aripiprazol genérico, O 2) el paciente no puede tragar medicamentos orales.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OPSUMIT
Nombres del medicamento	OPSUMIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OPSYNVI
Nombres del medicamento	OPSYNVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OPZELURA
Nombres del medicamento	OPZELURA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento crónico tópico a corto plazo y no continuo de la dermatitis atópica (AD) leve a moderada en un paciente no inmunocomprometido, tratamiento inicial: 1) el medicamento solicitado se aplicará en áreas afectadas de hasta el 20 por ciento de la superficie corporal total (BSA) Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se usará en áreas sensibles (p. ej., cara, genitales o pliegues cutáneos) y el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina, O b) el medicamento solicitado se utilizará en áreas de la piel no sensibles (o remanentes) y el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina o a un corticosteroide tópico de potencia media o superior. Para el tratamiento crónico tópico a corto plazo y no continuo de la dermatitis atópica leve a moderada en un paciente no inmunocomprometido, continuación de tratamiento: El paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el tratamiento tópico del vitiligo no segmentario (NSV): El medicamento solicitado se aplicará en áreas afectadas de hasta el 10 por ciento de la superficie corporal total (BSA). Para el tratamiento tópico del vitiligo no segmentario, continuación de tratamiento: El paciente logró o mantuvo una repigmentación significativa.
Restricciones por edad	AD, NSV: 12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	AD, inicial: 3 meses; NSV, inicial: 7 meses; AD, NSV, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ORENCIA
Nombres del medicamento	ORENCIA, ORENCIA CLICKJECT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa de moderada a grave (solo para nuevos comienzos): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para un adulto con artritis psoriásica activa (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ORENITRAM
Nombres del medicamento	ORENITRAM, ORENITRAM TITRATION KIT M
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ORGOVYX
Nombres del medicamento	ORGOVYX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ORIAHNN
Nombres del medicamento	ORIAHNN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el sangrado menstrual abundante asociado con leiomiomas uterinos (fibromas) en una paciente premenopáusica: la paciente aún no ha recibido 24 meses o más de tratamiento con ningún medicamento que contenga elagolix.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo 24 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ORILISSA
Nombres del medicamento	ORILISSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el dolor moderado a intenso asociado a la endometriosis: la paciente aún no ha recibido 24 meses o más de tratamiento con ningún medicamento que contenga elagolix.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo 24 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ORKAMBI
Nombres del medicamento	ORKAMBI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística (CF): el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores de CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ORLADEYO
Nombres del medicamento	ORLADEYO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de los ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado por pruebas de laboratorio O BIEN 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado por pruebas de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ORSERDU (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	ORSERDU
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OSPHERA
Nombres del medicamento	OSPHERA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OTZLA
Nombres del medicamento	OTZLA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas leve (solo nuevos inicios): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un corticosteroide tópico O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con corticosteroides tópicos. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% del área de superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la artritis psoriásica activa (PsA) (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OTREXUP
Nombres del medicamento	OTREXUP
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Poliangeítis microscópica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Incapacidad para preparar y administrar metotrexato inyectable genérico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OXAZEPAM
Nombres del medicamento	OXAZEPAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas, o utilizarlos con precaución o cuidadosamente controlado), Y 2) Si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el manejo de los trastornos de ansiedad, la ansiedad asociada con la depresión y el manejo de la ansiedad, tensión, agitación e irritabilidad en pacientes mayores: 1) El medicamento solicitado se usa simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que los SSRI/SNRI sean eficaces para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad: 1 mes; trastornos de ansiedad: 4 meses; abstinencia de alcohol: año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OXERVATE
Nombres del medicamento	OXERVATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	8 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OXICONAZOLE
Nombres del medicamento	OXICONAZOLE NITRATE, OXISTAT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a lo siguiente: 1) crema de clotrimazol Y 2) crema o champú de ketoconazol.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OXLUMO
Nombres del medicamento	OXLUMO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hiperoxaluria primaria tipo 1 (PH1): El diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba genética molecular que muestra una mutación en el gen de la alanina-glioxilato aminotransferasa (AGXT) o un análisis de enzimas hepáticas que demuestra la ausencia o una reducción significativa de la actividad de la alanina-glioxilato aminotransferasa (AGT). Para la PH1 (continuación): el paciente ha tenido una disminución o normalización de los niveles de cualquiera de los siguientes factores desde el inicio del tratamiento: 1) oxalato urinario, 2) oxalato plasmático.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OXTELLAR XR
Nombres del medicamento	OXCARBAZEPINE ER, OXTELLAR XR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Aptiom, Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam.
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OZEMPIC
Nombres del medicamento	OZEMPIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PADCEV
Nombres del medicamento	PADCEV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se usará para el tratamiento de cualquiera de los siguientes: 1) carcinoma urotelial localmente avanzado, recidivante o metastásico, O 2) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recidivante o persistente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PALFORZIA
Nombres del medicamento	PALFORZIA INITIAL DOSE ES, PALFORZIA LEVEL 1, PALFORZIA LEVEL 10, PALFORZIA LEVEL 11 (MAINT, PALFORZIA LEVEL 11 (TITRA, PALFORZIA LEVEL 2, PALFORZIA LEVEL 3, PALFORZIA LEVEL 4, PALFORZIA LEVEL 5, PALFORZIA LEVEL 6, PALFORZIA LEVEL 7, PALFORZIA LEVEL 8, PALFORZIA LEVEL 9
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Asma no controlada. Antecedentes de esofagitis eosinofílica. Otra enfermedad gastrointestinal eosinofílica.
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Fase de dosificación progresiva y mantenimiento del tratamiento: A partir de 1 año. Aumento de la dosis inicial: Entre 1 y 17 años.
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PALYNZIQ
Nombres del medicamento	PALYNZIQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PANRETIN
Nombres del medicamento	PANRETIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento tópico de las lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PAVBLU
Nombres del medicamento	PAVBLU
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PEGASYS
Nombres del medicamento	PEGASYS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis sintomática de menor riesgo), mastocitosis sistémica, leucemia/linfoma de células T en adultos, micosis fungoide/síndrome de Sezary, trastornos linfoproliferativos cutáneos primarios de células T CD30+, leucemia de células pilosas, enfermedad de Erdheim-Chester, tratamiento inicial durante el embarazo para la leucemia mieloide crónica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hepatitis C crónica: Virus de la hepatitis C (HCV) confirmado por la presencia de ARN del HCV del virus de la hepatitis C en suero antes de iniciar el tratamiento y el régimen de tratamiento planificado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	HCV: 12-48 semanas. HBV: 48 semanas. Otra: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PEMAZYRE
Nombres del medicamento	PEMAZYRE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PERJETA
Nombres del medicamento	PERJETA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recidivante positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer colorrectal con HER2 amplificado y sin mutaciones en los genes RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumores de glándulas salivales HER2 positivos recidivantes, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2, cánceres hepatobiliares irresecables o metastásicos positivos para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) enfermedad con HER2 amplificado y sin mutaciones en los genes RAS y BRAF Y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con trastuzumab Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para los tumores de glándulas salivales recurrentes HER2 positivos, las metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2 positivo y el cáncer hepatobiliar irresecable o metastásico HER2 positivo (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático): el medicamento solicitado se utiliza en combinación con trastuzumab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PHENYLBUTYRATE
Nombres del medicamento	BUPHENYL, OLPRUVA, PHEBURANE, SODIUM PHENYLBUTYRATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento crónico de los trastornos del ciclo de la urea (UCD): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PHESGO
Nombres del medicamento	PHESGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PIASKY
Nombres del medicamento	PIASKY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP) Y 2) La citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PIMECROLIMUS
Nombres del medicamento	ELIDEL, PIMECROLIMUS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Psoriasis en la cara, los genitales o los pliegues de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica (eccema) de leve a moderada: el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues cutáneos) O 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un agente para el tratamiento de primera línea (p. ej., corticosteroide tópico de potencia media o alta). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se prescribe para uso crónico no continuo o a corto plazo.
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PIQRAY
Nombres del medicamento	PIQRAY 200MG DAILY DOSE, PIQRAY 250MG DAILY DOSE, PIQRAY 300MG DAILY DOSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor hormonal (HR), negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), con mutación en la subunidad catalítica alfa (PIK3CA) de la fosfatidilinositol 3-quinasa en combinación con fulvestrant
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PLEGRIDY
Nombres del medicamento	PLEGRIDY, PLEGRIDY STARTER PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	POLIVY
Nombres del medicamento	POLIVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Transformación histológica de linfomas de crecimiento lento en linfoma difuso de células B grandes, trastornos linfoproliferativos monomórficos postrasplante (tipo de células B), linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (linfoma difuso de células B grandes relacionado con el VIH, linfoma de derrame primario, linfoma difuso de células B grandes positivo para el virus del herpes humano 8 [HHV8], no especificado de otra manera, y linfoma plasmoblástico relacionado con el VIH).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	POLYPHARMACY-ACH
Nombres del medicamento	AMOXAPINE, DICYCLOMINE HCL, DICYCLOMINE HYDROCHLORIDE, PAROXETINE, PAROXETINE HCL, PAROXETINE HCL ER, PAROXETINE HYDROCHLORIDE, PAXIL, PAXIL CR, PERPHENAZINE/AMITRIPTYLIN, PROMETHAZINE HYDROCHLORID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) con el fármaco solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	POMALYST
Nombres del medicamento	POMALYST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras recidivante/refractaria, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mieloma múltiple: el paciente ha recibido al menos dos tratamientos previos, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor del proteasoma.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	POMBILITI
Nombres del medicamento	POMBILITI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: 1) el diagnóstico fue confirmado por un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o por pruebas genéticas Y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con Opfolda (miglustat) Y 3) el paciente cumple los dos siguientes requisitos: A) Pesa al menos 40 kilogramos (kg), B) no mejora con el tratamiento de reemplazo enzimático (ERT) actual.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PONVORY
Nombres del medicamento	PONVORY, PONVORY 14-DÍAS STARTER PA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	POSACONAZOLE
Nombres del medicamento	POSACONAZOLE DR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para la profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: el paciente pesa más de 40 kilogramos. Tratamiento de la aspergilosis invasiva: 13 años o más; profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: 2 años o más
Restricciones por edad	
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	POTELIGEO
Nombres del medicamento	POTELIGEO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia/linfoma de células T en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PRADAXA PAK
Nombres del medicamento	PRADAXA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	De 3 meses a menos de 12 años
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PREGABALIN
Nombres del medicamento	LYRICA, PREGABALIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor neuropático relacionado con el cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Si la solicitud es de solución oral Lyrica (pregabalina), el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento de la neuralgia posherpética y el tratamiento del dolor neuropático asociado a la neuropatía diabética periférica: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina genérica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PREVMIS
Nombres del medicamento	PREVMIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV) en el trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT): 1) el paciente es seropositivo para CMV Y 2) el paciente es receptor de un HSCT alogénico. Para la profilaxis de la enfermedad por CMV en el trasplante renal: 1) el paciente es seronegativo para CMV, Y 2) el paciente es un receptor de trasplante renal de alto riesgo. HSCT: a partir de los 6 meses; trasplante de riñón: 12 años o más
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	7 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PRILOSEC POWDER
Nombres del medicamento	PRILOSEC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento y prevención de úlceras gastrointestinales inducidas por antiinflamatorios no esteroideos, estenosis esofágicas, dispepsia, tratamiento de mantenimiento de úlceras duodenales, esófago de Barrett
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tomar formas farmacéuticas sólidas orales por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas, requiere administración a través de una sonda de alimentación).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PROCRIT (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	PROCRIT
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PROCYSBI
Nombres del medicamento	PROCYSBI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cistinosis nefropática: 1) el diagnóstico fue confirmado por CUALQUIERA de los siguientes casos: a) presencia de un aumento de la concentración de cistina en los leucocitos, b) pruebas genéticas, O c) demostración de cristales de cistina corneal mediante examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente ha tenido una intolerancia al tratamiento previo con Cystagon (bitartrato de cisteamina de liberación inmediata).
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida

PROMACTA
ELTROMBOPAG OLAMINE, PROMACTA
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

Para la trombocitopenia inmunitaria crónica o persistente (ITP) (nuevos inicios):
1) el paciente (pt) ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo como corticosteroides o inmunoglobulinas, 2) el recuento de plaquetas (plt) no transfundidas en cualquier momento previo al inicio de la medicación solicitada es inferior a 30,000/mcL O 30,000-50,000/mcL con hemorragia sintomática o factor(es) de riesgo de hemorragia (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se anticipe la pérdida de sangre, comorbilidades como la úlcera péptica, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al traumatismo), 3) para ITP crónica solamente: para un adulto, el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Doptelet (avatrombopag) o Alvaiz (eltrombopag), Y 4) para ITP persistente solamente: en el caso de un adulto, el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Alvaiz (eltrombopag). Para ITP (continuación):
Respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento actual de plaquetas es inferior o igual a 200,000/mcL, O 2) El recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcL e inferior o igual a 400,000/mcL y la dosis se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes.
Para la trombocitopenia asociada con hepatitis C crónica (nuevos inicios):
1) el medicamento solicitado se utiliza para el inicio y mantenimiento del tratamiento basado en interferón, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Alvaiz (eltrombopag). Para la trombocitopenia asociada a hepatitis C crónica (continuación): el paciente está recibiendo tratamiento a base de interferón. Para la anemia aplásica grave (AA) (nuevos comienzos): 1) el paciente usará el medicamento solicitado con el tratamiento inmunosupresor estándar como primera línea, O 2) el paciente cumple con los dos siguientes requisitos: A) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento inmunosupresor y B) en el caso de un adulto, el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Alvaiz (eltrombopag).

-

-

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura

HCV: 6 meses, inicial para ITP/AA: 6 meses, reautorización de ITP: Año del plan, reautorización de AA: APR, año del plan; IPR, 16 semanas

Otros criterios

Para AA grave (continuación): 1) El recuento actual de plaquetas es de 50,000-200,000/mcL, O 2) El recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcL y el paciente no ha recibido el tratamiento adecuadamente ajustado durante al menos 16 semanas, O 3) El recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcL y el paciente no depende de transfusiones, O 4) El recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcL e inferior o igual a 400,000/mcL y la dosis se ajustará para alcanzar y mantener un recuento plaquetario objetivo adecuado. APR: respuesta plaquetaria adecuada (superior a 50,000/mcL), IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (inferior a 50,000/mcL).

Tratamiento previo requerido

Si

Grupo de autorización previa	PULMOZYME
Nombres del medicamento	PULMOZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PYRUKYND
Nombres del medicamento	PYRUKYND, PYRUKYND TAPER PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la anemia hemolítica en un paciente con deficiencia de piruvato quinasa (PK): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró la deficiencia de la actividad de la enzima PK o mediante pruebas genéticas. Para la anemia hemolítica en un paciente con deficiencia de PK (continuación del tratamiento): El paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva (p. ej., mejoría de los niveles de hemoglobina, reducción de las transfusiones de sangre).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 7 meses; continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PYZCHIVA
Nombres del medicamento	PYZCHIVA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada), O 3) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) El tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	QBREXZA
Nombres del medicamento	QBREXZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	9 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	QELBREE
Nombres del medicamento	QELBREE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente cumple con todo lo siguiente: 1) el paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA), Y 2) el paciente será monitoreado de cerca para detectar pensamientos o comportamientos suicidas, empeoramiento clínico y cambios inusuales en el comportamiento, Y 3) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la atomoxetina O el paciente tiene dificultad para tragar cápsulas orales.
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	QINLOCK
Nombres del medicamento	QINLOCK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) para enfermedad residual, irresecable, con ruptura tumoral, recidivante o progresiva. Melanoma cutáneo metastásico o irresecable.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST) residual, irresecable, con ruptura tumoral, avanzado, recidivante/metastásico o progresivo: 1) el paciente ha recibido tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la cinasa, incluido imatinib, 2) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad después del tratamiento con avapritinib y dasatinib O 3) el paciente ha recibido tratamiento previo con imatinib y es intolerante al sunitinib de segunda línea. Para el melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable, 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de KIT, 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida

QUDEXY XR
TOPIRAMATE ER
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Aptiom (a partir de los 4 años), Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam (a partir de los 4 años). Para el tratamiento en monoterapia de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de liberación inmediata de topiramato. Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) Si el paciente tiene 6 años o más, ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. Para el tratamiento preventivo de la migraña: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de liberación inmediata de topiramato. Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más

-

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios
Tratamiento previo requerido

Año del plan

-

Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

QUETIAPINE XR
QUETIAPINE FUMARATE ER, SEROQUEL XR

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Usos para una indicación no autorizada

Tratamiento monoterapéutico de mantenimiento en el trastorno bipolar I, tratamiento monoterapéutico del trastorno de ansiedad generalizada, tratamiento monoterapéutico del trastorno depresivo mayor

Criterios de exclusión
Información médica requerida

-
Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años o más Y está usando dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam, zolpidem) con el medicamento solicitado, el médico determinó que es médicamente necesario tomar múltiples medicamentos activos para el sistema nervioso central (SNC). [Nota: el uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de la esquizofrenia: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I o el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de los episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar I: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento agudo de los episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar II: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la quetiapina genérica de liberación inmediata. Para el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor (MDD): el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas

-
-

Duración de la cobertura

Año del plan

Otros criterios

-

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	QUININE SULFATE
Nombres del medicamento	QUININE SULFATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax sin complicaciones.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con clindamicina.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	QULIPTA
Nombres del medicamento	QULIPTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña por mes desde el inicio.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	QUTENZA
Nombres del medicamento	QUTENZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la neuralgia posherpética (PHN) y la neuropatía periférica diabética (DPN) de los pies: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con gabapentina genérica durante un mes o tiene una intolerancia o contraindicación a la gabapentina.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	QUZYTTR
Nombres del medicamento	QUZYTTR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de los 6 meses de vida
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RADICAVA
Nombres del medicamento	EDARAVONE, RADICAVA ORS, RADICAVA ORS STARTER KIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): 1) el diagnóstico de ELA es definitivo o probable, Y 2) solo para nuevos comienzos: el paciente tiene resultados de al menos 2 puntos en las 12 áreas de la Escala de valoración funcional de la ELA revisada (ALSFRS-R). Para la continuación del tratamiento de ELA: El tratamiento tiene algún beneficio clínico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RAGWITEK
Nombres del medicamento	RAGWITEK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica.
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Entre 5 y 65 años
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RALDESY
Nombres del medicamento	RALDESY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tragar los comprimidos de trazodona.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RASUVO
Nombres del medicamento	RASUVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Poliangeítis microscópica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Incapacidad para preparar y administrar metotrexato inyectable genérico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RAVICTI
Nombres del medicamento	RAVICTI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento crónico de los trastornos del ciclo de la urea (UCD): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REBIF
Nombres del medicamento	REBIF, REBIF REBIDOSE, REBIF REBIDOSE TITRATION, REBIF TITRATION PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REBLOZYL
Nombres del medicamento	REBLOZYL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la anemia con beta talasemia o anemia en síndromes mielodisplásicos o neoplasias mielodisplásicas/mieloproliferativas, el paciente cumple con lo siguiente: Para nuevos comienzos, el paciente tiene un diagnóstico de anemia evidenciado por un nivel de hemoglobina previo al tratamiento o transfusión menor o igual a 11 gramos por decilitro (g/dl). Para continuar con el tratamiento, el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) el paciente tiene un nivel de hemoglobina menor o igual a 11 g/dl previo a la dosis (el nivel de hemoglobina actual o anterior a la transfusión debe considerarse para fines de dosificación) o el médico está de acuerdo en mantener la dosis hasta que el nivel de hemoglobina caiga a 11 g/dl o menos, 2) el paciente debe lograr o mantener la reducción de la carga de transfusión de glóbulos rojos o no ha recibido tres dosis máximas consecutivas, Y 3) el paciente no debe tener una toxicidad inaceptable con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Beta talasemia: 16 semanas; síndromes mielodisplásicos: 24 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REBYOTA
Nombres del medicamento	REBYOTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) el diagnóstico de CDI se confirmó mediante una prueba de heces positiva para toxina de C. difficile o C. difficile toxigénica, Y 2) el medicamento solicitado se administrará de 24 a 72 horas después de la última dosis de antibióticos utilizada para el tratamiento de la CDI recurrente.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RECORLEV
Nombres del medicamento	RECORLEV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RELAFEN
Nombres del medicamento	RELAFEN DS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el alivio de la artrosis y la artritis reumatoide: el paciente ha probado comprimidos genéricos de nabumetona.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	RELEUKO
Nombres del medicamento	RELEUKO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Síndrome hematopoyético de radiación aguda, movilización de células madre de sangre periférica (PBPC), neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide, Y 2) el paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento mielosupresor contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RELISTOR INJ (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	RELISTOR
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RELISTOR TAB
Nombres del medicamento	RELISTOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RELTONE
Nombres del medicamento	RELTONE, URSODIOL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para un paciente con cálculos radiolúcidos no calcificados en la vesícula biliar de menos de 20 milímetros de diámetro en quien se realizaría una colecistectomía electiva, excepto por la presencia de un mayor riesgo quirúrgico debido a enfermedad sistémica, edad avanzada, reacción idiosincrásica a la anestesia general, o para aquellos pacientes que se niegan a la cirugía: la dosis no se puede ajustar con cápsulas genéricas de ursodiol de 300 miligramos (mg). Para la prevención de la formación de cálculos biliares en un paciente obeso que experimenta una rápida pérdida de peso: el paciente ha tenido una intolerancia a las cápsulas genéricas de ursodiol 300 mg debido a un evento adverso (p. ej., erupción cutánea, náuseas, vómitos, anafilaxia) causado por un ingrediente inactivo que no está presente en el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

Usos para una indicación no autorizada

Criterios de exclusión

Información médica requerida

REMICADE
INFLIXIMAB, REMICADE

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.

-

Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):

1) El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX), b) el paciente presenta intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) Ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, b) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios):

El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que impediría probar con AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.

-

-

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

Año del plan

Para la hidradenitis supurativa (solo para nuevos inicios): El paciente tiene una enfermedad grave y resistente al tratamiento. Para la uveítis (solo para nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) el paciente tiene una contraindicación que impediría probar el tratamiento inmunosupresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente presentó un evento adverso intolerable a Renflexis y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.

Sí

Tratamiento previo requerido

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

Usos para una indicación no autorizada

Criterios de exclusión
Información médica requerida

RENFLEXIS
RENFLEXIS

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis

-

Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):
1) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) el medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX), b) el paciente presenta intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, b) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante (solo nuevos inicios): 1) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar con medicamentos AINE.

Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.

-

-

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios

Año del plan

Para la hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): el paciente tiene una enfermedad grave y refractaria. Para la uveítis (solo para nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) el paciente tiene una contraindicación que impediría probar el tratamiento inmunosupresor para la uveítis.

Sí

Tratamiento previo requerido

Grupo de autorización previa	REPATHA
Nombres del medicamento	REPATHA, REPATHA SURECLICK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RETACRIT
Nombres del medicamento	RETACRIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Anemia por síndromes mielodisplásicos (MDS)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
Información médica requerida	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debidos a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) para todos los usos, excepto para anemia debida a quimioterapia o síndrome mielodisplásico (MDS): El paciente tiene reservas adecuadas de hierro (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%), Y 2) para todos los usos, excepto cirugía: La Hgb pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dL, Y 3) para los MDS: El nivel de eritropoyetina sérica antes del tratamiento es de 500 unidades internacionales/L o menos. Para las reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos, excepto cirugía: 1) El paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina, Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dL, Y 4) para todos los usos, excepto la anemia debida a quimioterapia o MDS: El paciente tiene reservas adecuadas de hierro (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20%).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Anemia con enfermedad renal crónica (CKD), zidovudina: Año del plan, todos los demás: 16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso en casos de anemia en pacientes que no recibirán/no pueden recibir transfusiones de sangre (p. ej., creencias religiosas). Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo (p. ej., se usa para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se suministra como parte del material médico necesario para la prestación de un servicio médico).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RETEVMO
Nombres del medicamento	RETEVMO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para reordenamiento durante la transfección (RET), metástasis cerebrales del NSCLC positivo para la fusión de RET, histiocitosis de células de Langerhans con fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/refractaria con fusión del gen RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/refractaria con fusión del gen RET, cáncer primario oculto con fusión del gen RET, tumores sólidos con fusión del gen RET para enfermedad recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el tumor se reordena durante la transfección (RET) con fusión positiva o reordenamiento RET positivo. En el caso de los tumores sólidos, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) la enfermedad es recurrente, persistente, progresiva, irreseccable, localmente avanzada o metastásica, 2) el paciente ha progresado durante o después de un tratamiento sistémico previo o no tiene opciones de tratamiento alternativo satisfactorias, Y 3) el tumor es positivo para la fusión de RET.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REVCOVI
Nombres del medicamento	REVCOVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REVLIMID
Nombres del medicamento	LENALIDOMIDE, REVLIMID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin anomalía citogenética de delección 5q, síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios cutáneos), neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Rosai-Dorfman, linfomas periféricos de células T no especificados de otra manera, linfoma angioinmunoblástico de células T (AITL), linfoma de células T asociado a enteropatía, epiteliotrópico monomórfico linfoma intestinal de células T, linfoma ganglionar periférico de células T, leucemia/linfoma de células T en adultos, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante, linfoma difuso de células B grandes, enfermedad de Castlemans multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica del linfoma indolente para difuminar el linfoma de células B grandes
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene MDS de menor riesgo con anemia sintomática según el Sistema Internacional de Puntaje Pronóstico Revisado (IPSS-R), el Sistema Internacional de Puntaje Pronóstico (IPSS) o el Sistema de Puntaje Pronóstico basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WPSS).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REVUFORJ
Nombres del medicamento	REVUFORJ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REYVOW
Nombres del medicamento	REYVOW
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la migraña aguda: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor triptano 5-HT1 Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Nurtec ODT (rimegepant) o Ubrelvy (ubrogepant).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	REZDIFFRA
Nombres del medicamento	REZDIFFRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esteatohepatitis no alcohólica no cirrótica (NASH), inicial: el paciente tiene fibrosis hepática de moderada a avanzada (compatible con los estadios F2 a F3) al inicio, confirmada mediante biopsia hepática o elastografía por resonancia magnética (MRE). Para NASH (continuación): El paciente demuestra una respuesta positiva al tratamiento (por ejemplo, mejoría de la función hepática, como la reducción de la alanina aminotransferasa (ALT), la reducción del contenido de grasa hepática mediante imágenes como la fracción de grasa por densidad de protones en resonancia magnética (MRI-PDFF) o el parámetro de atenuación controlada (CAP) de FibroScan).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	El medicamento solicitado está siendo recetado por, o en consulta con, un gastroenterólogo o hepatólogo.
Duración de la cobertura	Inicial: Año del plan, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REZLIDHIA
Nombres del medicamento	REZLIDHIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REZUROCK
Nombres del medicamento	REZUROCK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

RIABNI
RIABNI

Usos para una indicación no autorizada

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos (no cutáneos)), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de la leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL en linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B], púrpura trombocitopénica o idiopática refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngicas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLT relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple remitente recurrente, efectos tóxicos relacionados con inhibidores de puntos de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B maduras) y leucemia aguda de células B (B-AL) maduras en pacientes pediátricos, trastorno del espectro de la neuromielitis óptica

Criterios de exclusión
Información médica requerida

-
Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):
1) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX) O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) Respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hematológicas deben ser CD20 positivas.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura

-
-

Otros criterios

Toxicidades relacionadas con los inhibidores de puntos de control inmunitarios:
3 meses, todos los demás: Año del plan
El paciente presentó un evento adverso intolerable a Truxima y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	RINVOQ (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	RINVOQ, RINVOQ LQ
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

Usos para una indicación no autorizada

RITUXAN
RITUXAN

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Subtipos de linfoma no Hodgkin: linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona marginal [EMZL] del estómago, EMZL de sitios no gástricos [no cutáneos]), linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de la leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL en linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B. Púrpura trombocitopénica o idiopática refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVDH), síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngicas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLT relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple remitente recurrente, efectos tóxicos relacionados con inhibidores de puntos de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman y linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma mediastínico primario de células B maduras) trastorno del espectro de la neuromielitis óptica

Criterios de exclusión
Información médica requerida

-
Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):
1) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX) O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) Respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hematológicas deben ser CD20 positivas.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura

-
-

Toxicidades relacionadas con los inhibidores de puntos de control inmunitarios:
3 meses, todos los demás: Año del plan

Otros criterios

El paciente presentó un evento adverso intolerable a Truxima y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	RITUXAN HYCELA
Nombres del medicamento	RITUXAN HYCELA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Castleman (CD), linfoma de células B de grado alto, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar de la zona marginal, linfoma extraganglionar de la zona marginal [EMZL] del estómago, EMZL de sitios no gástricos [no cutáneos] y linfoma esplénico de la zona marginal), linfoma de células del manto, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma cutáneo primario de células B, leucemia de células pilosas, linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma linfoplasmocítico/macroglobulinemia de Waldenström, linfoma de Hodgkin ganglionar con predominio linfocítico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Las neoplasias malignas deben ser CD20 positivas. El paciente debe recibir al menos una dosis completa de un producto de rituximab por infusión intravenosa sin tener reacciones adversas graves.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RIVFLOZA
Nombres del medicamento	RIVFLOZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hiperoxaluria primaria tipo 1 (PH1): El diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba genética molecular que muestra una mutación en el gen de la alanina-glioxilato aminotransferasa (AGXT) o un análisis de enzimas hepáticas que demuestra la ausencia o una reducción significativa de la actividad de la alanina-glioxilato aminotransferasa (AGT). Para PH1 (continuación): el paciente ha experimentado niveles disminuidos o normalizados de oxalato urinario desde el inicio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ROLVEDON
Nombres del medicamento	ROLVEDON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Síndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente recibió, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ROMVIMZA
Nombres del medicamento	ROMVIMZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ROZLYTREK
Nombres del medicamento	ROZLYTREK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente positivo para ROS1, tumores sólidos positivos no metastásicos para la fusión de gen de receptor tirosina-cinasa neurotrófico (NTRK), melanoma cutáneo positivo para la fusión de gen ROS1
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos positivos para la fusión de gen NTRK: la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas positivo para ROS1: el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RUBRACA (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	RUBRACA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RUCONEST
Nombres del medicamento	RUCONEST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y una de las siguientes maneras: a) El paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

Usos para una indicación no autorizada

RUXIENCE
RUXIENCE

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos (no cutáneos)), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de la leucemia linfocítica crónica (LLC)/SLL en linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (ELPT), linfoma linfoblástico de células B], púrpura trombocitopénica o idiopática refractaria (PTI), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (EICH), síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngicas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del ELPT relacionado con el virus de Epstein-Barr (VEB), esclerosis múltiple remitente recurrente, efectos tóxicos relacionados con inhibidores de puntos de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B maduras) y leucemia aguda de células B maduras pediatría (B-AL), trastorno del espectro de la neuromielitis óptica

Criterios de exclusión
Información médica requerida

-
Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):
1) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX) O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) Respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hematológicas deben ser CD20 positivas.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura

-
-

Otros criterios

Toxicidades relacionadas con los inhibidores de puntos de control inmunitarios:
3 meses, todos los demás: Año del plan
El paciente presentó un evento adverso intolerable a Truxima y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.

Tratamiento previo requerido

Sí

Grupo de autorización previa	RYBELSUS
Nombres del medicamento	RYBELSUS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RYBREVANT
Nombres del medicamento	RYBREVANT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad con mutación sensibilizante positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RYDAPT
Nombres del medicamento	RYDAPT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Reinducción en enfermedad residual para la leucemia mieloide aguda (LMA), tratamiento de mantenimiento para LMA, las neoplasias mieloides, linfoides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos de FGFR1 o FLT3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): La LMA es positiva para la mutación tirosina-cinasa 3 (FLT3) similar a FMS. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos tipo 1 (FGFR1) o FLT3: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RYKINDO
Nombres del medicamento	RYKINDO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se ha establecido la tolerabilidad con risperidona oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RYLAZE
Nombres del medicamento	RYLAZE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma extranodal de tipo nasal de células NK/T (ENKTL), leucemia agresiva de células NK (ANKL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RYSTIGGO
Nombres del medicamento	RYSTIGGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miastenia gravis generalizada (gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RYTELO
Nombres del medicamento	RYTELO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los nuevos comienzos, el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) el paciente no ha respondido, ha perdido la respuesta o no es elegible para los agentes estimulantes de la eritropoyesis (ESA), Y 2) el paciente ha estado recibiendo transfusiones regulares de glóbulos rojos, definida como mayor o igual que 4 unidades cada 8 semanas. Para continuar con el tratamiento, el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) el paciente debe lograr o mantener la reducción de la carga de transfusiones de glóbulos rojos, Y 2) el paciente no debe experimentar una toxicidad inaceptable en el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	24 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RYZNEUTA
Nombres del medicamento	RYZNEUTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Síndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente recibió, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SAMSCA
Nombres del medicamento	SAMSCA, TOLVAPTAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hiponatremia hipervolémica y euvolémica: 1) El tratamiento con el medicamento solicitado se inició (o se reinició) en el hospital Y 2) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) el sodio sérico inferior a 125 miliequivalentes por litro (mEq/L) o b) el sodio sérico era inferior a 135 mEq/L con síntomas (p. ej., náuseas, vómitos, dolor de cabeza, letargo, confusión), Y 3) el paciente no recibirá el medicamento solicitado durante más de 30 días de forma continua.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	30 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SANDOSTATIN LAR
Nombres del medicamento	OCTREOTIDE ACETATE, SANDOSTATIN LAR DEPOT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Control tumoral de las siguientes indicaciones: timomas y carcinomas tímicos, tumores neuroendocrinos (TNE) (incluidos tumores de páncreas, tracto gastrointestinal, pulmón, timo, gastrinoma primario no resecaado, TNE de grado 3 bien diferenciados con biología favorable, feocromocitoma y paraganglioma) y meningiomas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o la radioterapia O existe una razón clínica por la que el paciente no se ha sometido a la cirugía o la radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SANTYL
Nombres del medicamento	SANTYL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el desbridamiento de úlceras dérmicas crónicas y áreas con quemaduras graves, continuación: 1) la herida ha sido evaluada desde el inicio del tratamiento con el medicamento solicitado Y 2) el tejido de granulación no está bien establecido.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SAPHNELO
Nombres del medicamento	SAPHNELO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Para pacientes nuevos en el tratamiento: nefritis lúpica activa grave y lupus activo grave del sistema nervioso central.
Información médica requerida	Para el lupus eritematoso sistémico (LES) de moderado a grave: 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar para el LES (por ejemplo, corticosteroides, antipalúdicos o AINE) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para el LES Y 3) para inicios de tratamiento, el paciente ha confirmado el diagnóstico de LES a partir de autoanticuerpos positivos relevantes para LES (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN de doble cadena [anti-dsDNA], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento).
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SAPROPTERIN
Nombres del medicamento	JAVYGTOR, KUVAN, SAPROPTERIN DIHYDROCHLORI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fenilcetonuria (PKU): En el caso de los pacientes que aún no han recibido un ensayo terapéutico con el medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina previo al tratamiento (incluso antes del tratamiento dietético) es superior a 6 mg/dl (360 micromol/L). En el caso de los pacientes que completaron un ensayo terapéutico con el medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejoría (p. ej., reducción de los niveles de fenilalanina en sangre, mejoría de los síntomas neuropsiquiátricos).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses, Todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SARCLISA
Nombres del medicamento	SARCLISA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SAVELLA
Nombres del medicamento	SAVELLA, SAVELLA TITRATION PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibromialgia: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la duloxetina o la pregabalina O 2) el paciente tiene una contraindicación tanto para la duloxetina como para la pregabalina.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SCEMBLIX
Nombres del medicamento	SCEMBLIX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (LMC) en fase crónica: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: A) El paciente tiene un diagnóstico reciente de LMC y tiene resistencia o intolerancia al imatinib, dasatinib o nilotinib O B) El paciente ha tratado previamente la LMC Y al menos uno de los tratamientos anteriores fue imatinib, dasatinib o nilotinib O C) El paciente es positivo para la mutación T315I, Y 3) El paciente es negativo para las siguientes mutaciones: A337T, P465S y F359V/I/C.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SEROSTIM
Nombres del medicamento	SEROSTIM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que presentan desgaste o caquexia: 1) El medicamento solicitado se usa en combinación con la terapia antirretroviral Y 2) El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) ha tenido una respuesta subóptima a al menos otro tratamiento para el desgaste o la caquexia (p. ej., megestrol, dronabinol, ciproheptadina o terapia con testosterona si es hipogonadal), b) El paciente tiene una contraindicación o intolerancia a las terapias alternativas. Para la continuación del tratamiento: El paciente debe haber demostrado una respuesta al tratamiento con la medicación solicitada (es decir, el índice de masa corporal [IMC] ha aumentado o se ha estabilizado).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SEYSARA
Nombres del medicamento	SEYSARA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de lesiones inflamatorias en pacientes con acné vulgar no nodular de moderada a grave severidad: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con doxiciclina (de liberación regular o prolongada) o minociclina (de liberación regular o prolongada) O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia a la doxiciclina (de liberación regular o prolongada) o a la minociclina (de liberación regular o prolongada).
Restricciones por edad	9 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SIGNIFOR
Nombres del medicamento	SIGNIFOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SIGNIFOR LAR
Nombres del medicamento	SIGNIFOR LAR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia, el tratamiento inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad y/o el sexo según el rango de referencia del laboratorio Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía O existe una razón clínica por la que el paciente no se ha sometido a la cirugía. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SILDENAFIL
Nombres del medicamento	REVATIO, SILDENAFIL CITRATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) La presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Si la solicitud es para un adulto, la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SILDENAFIL INY.
Nombres del medicamento	REVATIO, SILDENAFIL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) La presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) Si la solicitud es para un adulto, la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	Anteriormente, el paciente recibía Revatio o sildenafil por vía oral, pero ahora no puede tomar medicamentos por vía oral de forma temporal.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SILIQ
Nombres del medicamento	SILIQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% del área de superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SIMPONI
Nombres del medicamento	SIMPONI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	<p>Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):</p> <p>1) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX), a menos que MTX esté contraindicado o no se tolere Y 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis psoriásica activa (solo para nuevos comienzos): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).</p>
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SIMPONI ARIA
Nombres del medicamento	SIMPONI ARIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX), a menos que MTX esté contraindicado o no se tolere Y 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para un adulto con artritis psoriásica activa (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SIRTURO (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	SIRTURO
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYCLARYS
Nombres del medicamento	SKYCLARYS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la ataxia de Friedreich (FRDA): 1) El paciente tiene una mutación genética confirmada en el gen de la fraxina (FXN) Y 2) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, debilidad muscular, disminución de la coordinación, caídas frecuentes). Para la continuación del tratamiento de FRDA: El paciente ha experimentado una respuesta beneficiosa al tratamiento (por ejemplo, ralentización del deterioro clínico).
Restricciones por edad	16 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un médico que se especialice en la ataxia de Friedreich o un neurólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SKYRIZI
Nombres del medicamento	SKYRIZI, SKYRIZI PEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada), O 3) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) El tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida

SKYTROFA
SKYTROFA
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
-

Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Para la deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica, inicial: A)
El paciente (pt) cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) menor de 2.5 años con una estatura (ht) superior a 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media antes del tratamiento y una velocidad de crecimiento lenta O 2) tiene 2.5 años o más Y cumple uno de las siguientes criterios: a) velocidad de crecimiento en 1 año más de 2 DE por debajo de la media antes del tratamiento O b) estatura superior a 2 DE por debajo de la media y velocidad de crecimiento en 1 año más de 1 DE por debajo de la media antes del tratamiento Y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) no superó 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento (pico por debajo de 10 ng/mL) O 2) presenta trastorno de la hipófisis o del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) más de 2 DE por debajo de la media antes del tratamiento, O B) el paciente fue diagnosticado con deficiencia de hormona de crecimiento (GHD) en periodo neonatal. Para la GHD pediátrica, continuación del tratamiento: El paciente está teniendo una mejoría.
A partir de 1 año
Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios
Tratamiento previo requerido

Año del plan
-
No

Grupo de autorización previa	SOGROYA
Nombres del medicamento	SOGROYA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: Paciente pediátrico con epífisis cerradas Para adultos con GHD: El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) no superó 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento, O 2) el factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento superó más de 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media Y no superó 1 prueba de estimulación de GH previa del tratamiento, O 3) enfermedad orgánica hipotálamo-hipofisaria (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias de hormonas hipofisarias Y IGF-1 previo al tratamiento más de 2 DE por debajo de la media, O 4) defectos genéticos o estructurales del hipotálamo o la hipófisis, O 5) GHD de inicio en la infancia, asociada a anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/hipófisis/SNC.
Información médica requerida	Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: tiene 2.5 años o más. Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Restricciones por edad	Año del plan
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Para la deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: 1) El paciente (pt) tiene una velocidad de crecimiento en estatura (ht) de 1 año previa al tratamiento (pre-tx) que es más de 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media O una estatura previa al tratamiento más de 2 DE por debajo de la media y una velocidad de crecimiento en estatura a 1 año previa al tratamiento más de 1 DE por debajo de la media, Y el pt cumple con alguno de los siguientes criterios: a) no superó 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento (pico por debajo de 10 ng/mL), b) trastorno pituitario o del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento más de 2 DE por debajo de la media O 2) El pt fue diagnosticado con GHD en periodo neonatal. Para la GHD pediátrica y en adultos, continuación del tratamiento:
Duración de la cobertura	El paciente está teniendo una mejoría.
Otros criterios	No
Tratamiento previo requerido	

Grupo de autorización previa	SOLIRIS
Nombres del medicamento	SOLIRIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP) Y 2) La citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la HPN (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente (pt) ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el síndrome urémico hemolítico atípico (aHUS) (inicial): La enfermedad no se debe a Escherichia coli productora de toxina Shiga. Para el SHUa (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para la miastenia gravis generalizada (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se mantiene el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres del medicamento	ACETATO DE LANREOTIDA, DEPÓSITO DE SOMATULINA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Control tumoral de los tumores neuroendocrinos (TNE) (incluidos los tumores de pulmón, timo, gastrinoma primario no resecado, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados que no son de origen gastroenteropancreático con biología favorable y feocromocitoma/paraganglioma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o la radioterapia O existe una razón clínica por la que el paciente no se ha sometido a la cirugía o la radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SOMAVERT
Nombres del medicamento	SOMAVERT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o la radioterapia O existe una razón clínica por la que el paciente no se ha sometido a la cirugía o la radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SOOLANTRA
Nombres del medicamento	IVERMECTIN, SOOLANTRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SOTYKTU
Nombres del medicamento	SOTYKTU
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada), O 3) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) El tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SPEVIGO
Nombres del medicamento	SPEVIGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SPRAVATO
Nombres del medicamento	SPRAVATO 56MG DOSE, SPRAVATO 84MG DOSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial de la depresión resistente al tratamiento (TRD): 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos (p. ej., Inventario de Depresión de Beck [BDI], Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton [HDRS], Escala de Calificación de la Depresión de Montgomery-Asberg [MADRS], etc.) Y 2) Respuesta inadecuada con una dosis terapéutica, o intolerancia a, al menos dos agentes antidepresivos durante el episodio depresivo actual. Para la continuación del tratamiento de TRD: Mejoría o mejoría sostenida desde el inicio en los síntomas depresivos, como lo demuestran las escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos. Para el trastorno depresivo mayor (MDD) con ideación o comportamiento suicida agudo: 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos (p. ej., Inventario de Depresión de Beck [BDI], Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton [HDRS], Escala de Calificación de la Depresión de Montgomery-Asberg [MADRS], etc.) Y 2) El paciente usará el medicamento solicitado en combinación con un antidepresivo oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicio del tratamiento de TRD: 3 meses, continuación de TRD: Año del plan, TDM: 1 mes
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SPRYCEL (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	DASATINIB, SPRYCEL
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	STELARA
Nombres del medicamento	STELARA, USTEKINUMAB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada), O 3) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) El tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	STIMUFEND
Nombres del medicamento	STIMUFEND
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: El paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	STIVARGA (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	STIVARGA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STRENSIQ
Nombres del medicamento	STRENSIQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la hipofosfatasa de inicio perinatal/infantil y juvenil: 1) El paciente tiene signos o síntomas clínicos de hipofosfatasa (p. ej., hipomineralización generalizada con características raquíticas, deformidades torácicas y fracturas costales, problemas respiratorios, hipercalcemia, retraso del crecimiento, dolor óseo/articular, convulsiones) Y 2) El inicio de la enfermedad fue perinatal/infantil o juvenil Y 3) El diagnóstico fue confirmado por la presencia de mutaciones en el gen ALPL detectadas por las pruebas genéticas moleculares de ALPL O el diagnóstico fue respaldado por TODOS los siguientes criterios: a) imágenes radiográficas que demuestren anomalías esqueléticas (p. ej., raquitismo infantil, pérdida ósea alveolar, defectos óseos focales de las metáfisis, fracturas por estrés metatarsiano) b) nivel bajo de fosfatasa alcalina (FA) sérica, según el rango de referencia específico por sexo y edad del laboratorio que realiza la prueba, c) nivel elevado de sustrato de fosfatasa alcalina inespecífica de tejido (TNALP) (es decir, nivel sérico de piridoxal 5'-fosfato [PLP], nivel de fosfoetanolamina en suero u orina [PEA], nivel de pirofosfato inorgánico en orina [PPi]).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SUCRAID
Nombres del medicamento	SUCRAID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia congénita de sacarasa-isomaltasa: 1) El diagnóstico fue confirmado por biopsia de intestino delgado O 2) El diagnóstico fue confirmado por pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SUNOSI
Nombres del medicamento	SUNOSI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la somnolencia diurna excesiva asociada con la narcolepsia, la solicitud inicial: 1) El diagnóstico ha sido confirmado por una evaluación de laboratorio del sueño Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco promotor de la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo) O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con fármacos promotores de la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para la somnolencia diurna excesiva asociada con la apnea obstructiva del sueño (AOS), la solicitud inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante polisomnografía o prueba de apnea del sueño en el hogar (HSAT) con un dispositivo técnicamente adecuado Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco promotor de la vigilia del (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo) OR tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con fármacos promotores de la vigilia del SNC (por ejemplo, armodafinilo, modafinilo). Si la solicitud es para una continuación del tratamiento, entonces el paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de la somnolencia diurna con apnea obstructiva del sueño (AOS).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o neurólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	SUSVIMO
Nombres del medicamento	SUSVIMO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un oftalmólogo.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SUTENT
Nombres del medicamento	SUNITINIB MALATE, SUTENT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma de tiroides (folicular, medular, papilar y oncocítico), sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumor fibroso solitario, sarcoma alveolar de partes blandas y subtipos de condrosarcoma mixoide extraesquelético), cordoma recidivante, carcinoma tímico, neoplasias linfoides o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica, feocromocitoma, paraganglioma, tumores neuroendocrinos bien diferenciados de grado 3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales (CCR): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV O 2) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento adyuvante para pacientes con alto riesgo de CCR recidivante después de una nefrectomía.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SYFOVRE
Nombres del medicamento	SYFOVRE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SYLVANT
Nombres del medicamento	SYLVANT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Castleman unicéntrica recidivante o refractaria en pacientes negativos para el virus de la inmunodeficiencia humana y negativos para el virus del herpes-8 humano
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SYMDEKO
Nombres del medicamento	SYMDEKO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SYMLIN
Nombres del medicamento	SYMLINPEN 120, SYMLINPEN 60
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SYMPAZAN
Nombres del medicamento	SYMPAZAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SYNAREL
Nombres del medicamento	SYNAREL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal en un análisis de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, Y 3) El inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de la 9 años de edad para pacientes masculinos.
Restricciones por edad	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años de edad si es mujer y menos de 13 años de edad si es hombre, endometriosis: 18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	CPP: Año del plan, endometriosis: máximo 6 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TABLOID
Nombres del medicamento	TABLOID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia linfocítica aguda (LLA), glioma circunscrito
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TABRECTA
Nombres del medicamento	TABRECTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPNM) recurrente, CPNM con amplificación de transición mesenquimatoso-epitelial (MET) de alto nivel, metástasis cerebrales del sistema nervioso central (SNC) del CPNM con mutación en el exón 14 del gen MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico (NSCLC): El tumor es positivo para la mutación de omisión del exón 14 de la transición mesenquimatoso-epitelial (MET).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TADALAFIL (BPH)
Nombres del medicamento	CIALIS, TADALAFIL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Disfunción eréctil
Información médica requerida	Para la hiperplasia prostática benigna (HBP): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para los dos siguientes: 1) alfabloqueante, 2) inhibidor de la 5-alfa reductasa (5-ARI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	26 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (PAH)
Nombres del medicamento	ADCIRCA, ALYQ, TADALAFILO, TADLIQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TAFINLAR
Nombres del medicamento	TAFINLAR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, leucemia de células pilosas.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación activadora BRAF V600 (por ejemplo, V600E o V600K) Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib Y 3) El medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) El medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con trametinib. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) El tumor es BRAF V600E positivo Y 2) La enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo (RAI) Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: La enfermedad es positiva para una mutación BRAF V600E. Para la leucemia de células pilosas: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib Y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con terapia con inhibidores de BRAF. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TAGRISSE
Nombres del medicamento	TAGRISSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPNM) recurrente con mutación positiva para el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante, metástasis cerebrales del CPNM sensibilizante con mutación EGFR, metástasis leptomeníngicas del CPNM positivo para la mutación EGFR
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), el medicamento solicitado se usa en cualquiera de los siguientes entornos: 1) El paciente cumple con los siguientes criterios: a) tiene CPCNP irreseccable, metastásico, avanzado o recidivante (incluidas metástasis cerebrales o leptomeníngicas del CPCNP) y b) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR) O 2) El paciente cumple con los dos requisitos siguientes: a) la solicitud es para el tratamiento adyuvante del CPCNP después de la resección del tumor y b) el paciente tiene enfermedad positiva para la mutación EGFR.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TAKHZYRO
Nombres del medicamento	TAKHZYRO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de los ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado por pruebas de laboratorio O BIEN 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado por pruebas de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. 2 años o más
Restricciones por edad	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TALTZ
Nombres del medicamento	TALTZ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	<p>Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos):</p> <p>1) al menos el 3% del área de superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis psoriásica activa (AP) (solo nuevos comienzos): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo nuevos inicios): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Bimzelx (bimekizumab-bkzx), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib).</p>
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TALZENNA
Nombres del medicamento	TALZENNA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente con mutación germinal en el gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TARGRETIN TÓPICO
Nombres del medicamento	BEXAROTENE, TARGRETIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sezary (SS), leucemia/linfoma de células T del adulto (ATLL) en fase indolente, linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro del folículo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TARPEYO
Nombres del medicamento	TARPEYO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgAN) con riesgo de progresión de la enfermedad: el paciente está en tratamiento con una dosis estable de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (SRA) de tolerancia máxima (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [ECA] o antagonista de los receptores de angiotensina [BRA]) o el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación para los inhibidores del SRA.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	10 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TASCENSO
Nombres del medicamento	TASCENSO ODT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres del medicamento	NILOTINIB HYDROCHLORIDE, TASIGNA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (LLA Ph+), tumor del estroma gastrointestinal (TEGI), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o en la fase blástica, sinovitis villonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinoviales, melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) Si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente es negativo para T315I, Y253H, E255K/V, y mutaciones F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL, Y 2) Si el paciente ha presentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. Para el tumor del estroma gastrointestinal (TEGI): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recidivante/progresiva o metastásica/ruptura tumoral Y 2) la enfermedad ha progresado con al menos 2 tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable Y 2) La enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) El paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TAVALISSE
Nombres del medicamento	TAVALISSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la trombocitopenia inmunitaria crónica (PTI) (nuevos comienzos): el paciente cumple TODOS los siguientes criterios: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo (p. ej., corticosteroides, inmunoglobulina, agonista del receptor de trombopoyetina) Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcL O de 30,000 a 50,000/mcL con hemorragia sintomática o factores de riesgo de hemorragia (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental donde se prevea pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica, terapia anticoagulante, profesión o estilo de vida que predisponga al paciente a traumatismos). Para la ITP (continuación): la respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado debe cumplir con UNO de los siguientes criterios: 1) el recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcL O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcL y menor o igual a 400,000/mcL y la dosis se ajustará para mantener un recuento de plaquetas suficiente a fin de evitar sangrado de importancia clínica.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 12 semanas, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TAVNEOS
Nombres del medicamento	TAVNEOS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la continuación del tratamiento de la vasculitis grave asociada a autoanticuerpos anticitoplasma antineutrófilos (ANCA): el paciente ha experimentado un beneficio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TAZAROTENE
Nombres del medicamento	TAZAROTENE, TAZORAC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la psoriasis en placas, el paciente cumple los siguientes criterios: 1) el paciente tiene menos o igual al 20 por ciento del área de superficie corporal afectada (BSA) Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un corticosteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo con corticosteroides tópicos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TAZVERIK
Nombres del medicamento	TAZVERIK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Sarcoma epitelioides: 16 años de edad o más, linfoma folicular: 18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ
Nombres del medicamento	TECENTRIQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Mantenimiento en monoterapia para cáncer de pulmón microcítico en estadio extenso, tras tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, carcinoma urotelial, cáncer de pulmón no microcítico (CPCNP) en estadio IIIB, cáncer de cuello de útero, que incluye: carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino persistente, recurrente o metastásico, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma de células adenoescamosas del cuello uterino.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPCNP: 1) el paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en estadio II a IIIB Y el medicamento solicitado se usará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para el carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TECENTRIQ HYBREZA
Nombres del medicamento	TECENTRIQ HYBREZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de cuello de útero (carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de cuello uterino persistente, recidivante o metastásico, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma de células adenoescamosas de cuello uterino), CPCNP en estadio IIIB, tratamiento posterior para el mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, mantenimiento en monoterapia para cáncer de pulmón microcítico en estadio extenso, tras tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, cáncer de vejiga, carcinoma urotelial.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPCNP: 1) el paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en estadio II a IIIB Y el medicamento solicitado se usará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para el carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TECFIDERA
Nombres del medicamento	DIMETHYL FUMARATE, DIMETHYL FUMARATE STARTER, TECFIDERA, TECFIDERA STARTER PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TECVAYLI
Nombres del medicamento	TECVAYLI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres del medicamento	RESTORIL, TEMAZEPAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas, o utilizarlo con precaución o cuidadosamente controlado). Y 2) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para doxepina (3 mg o 6 mg) o ramelteon, Y 3) Si el paciente está usando dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TEPEZZA
Nombres del medicamento	TEPEZZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad ocular tiroidea: El paciente no ha recibido previamente 8 o más infusiones del medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un oftalmólogo.
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TEPMETKO
Nombres del medicamento	TEPMETKO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente, CPNM con amplificación de alto nivel del gen MET (transición mesénquima-epitelio), cáncer del sistema nervioso central (SNC) que incluye metástasis cerebrales y metástasis leptomeníngeas procedentes del CPNM con mutación en el exón 14 del gen MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico (NSCLC): El tumor es positivo para la mutación de omisión del exón 14 de la transición mesenquimatoso-epitelial (MET).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TERBINAFINE TABS
Nombres del medicamento	TERBINAFINE HCL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la onicomicosis debida a dermatofitos (tiña ungueal), el paciente cumple con TODO lo siguiente: 1) el paciente usará el medicamento solicitado por vía oral Y 2) el medicamento solicitado se prescribe para uso no continuo.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TERIPARATIDE (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	BONSITY, TERIPARATIDE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE CYPIONATE INY.
Nombres del medicamento	AZMIRO, DEPO-TESTOSTERONE, TESTOSTERONE CYPIONATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal baja confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE ENANTHATE INY.
Nombres del medicamento	TESTOSTERONE ENANTHATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal baja confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONE UNDECANOATE
Nombres del medicamento	UNDECATREX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal baja confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TETRABENAZINE
Nombres del medicamento	TETRABENAZINA, XENAZINA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Trastornos por tics, discinesia tardía
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la corea asociada con la enfermedad de Huntington, inicialmente: el paciente debe cumplir con ambos de los siguientes criterios: 1) el paciente presenta características motoras típicas en el examen neurológico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un evento adverso intolerable a la deutetrabenazina. Para la discinesia tardía, tratamiento inicial: el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) el paciente exhibe una manifestación clínica de la enfermedad Y 2) la enfermedad del paciente ha sido evaluada a través de un examen clínico o con una herramienta de evaluación estructurada (p. ej., Escala de Movimiento Involuntario Anormal [AIMS], Sistema de Identificación de Discinesia: Escala de usuario condensada [DISCUS]) Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un evento adverso intolerable a la deutetrabenazina. Para el tratamiento de la discinesia tardía y el tratamiento de la corea asociada con la enfermedad de Huntington, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TETRACYCLINE TAB
Nombres del medicamento	TETRACYCLINE HYDROCHLORID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado un evento adverso intolerable a las cápsulas de tetraciclina causado por un ingrediente inactivo que no está presente en el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TEVIMBRA
Nombres del medicamento	TEVIMBRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma hepatocelular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma hepatocelular: 1) la enfermedad es irresecable, metastásica o extrahepática Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TEZSPIRE
Nombres del medicamento	TEZSPIRE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma grave, tratamiento inicial: el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: 1) corticosteroides inhalados de dosis media a alta 2) controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga una intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Para el asma grave, continuación del tratamiento: el control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia o la gravedad de los síntomas y las exacerbaciones, o una reducción de la dosis diaria de corticosteroides orales de mantenimiento.
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	THALOMID
Nombres del medicamento	THALOMID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Estomatitis aftosa relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sarcoma de Kaposi, enfermedad de Castleman multicéntrica, enfermedad de Rosai-Dorfman, histiocitosis de células de Langerhans, meduloblastoma pediátrico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TIBSOVO
Nombres del medicamento	TIBSOVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Condrosarcoma convencional (grados 1-3) o desdiferenciado, cánceres del sistema nervioso central (SNC) (astrocitoma, oligodendroglioma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene una enfermedad con una mutación susceptible en la isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) el paciente tiene LMA recién diagnosticada y cumple con uno de los siguientes criterios: a) 75 años de edad o más b) el paciente rechaza o tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva O 2) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado O 3) el paciente tiene LMA recidivante o refractaria O 4) el tratamiento se usará para el tratamiento de consolidación. Para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable, con enfermedad residual macroscópica tras la resección o metastásico: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión de la enfermedad durante o después de un tratamiento sistémico. Para los cánceres del SNC: 1) la enfermedad es recidivante, residual o progresiva Y 2) el paciente tiene oligodendroglioma o astrocitoma.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TIGLUTIK
Nombres del medicamento	TIGLUTIK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): 1) El paciente requiere la administración del medicamento solicitado a través de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (sonda PEG) O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TIVDAK
Nombres del medicamento	TIVDAK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de vagina metastásico o recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de vagina: 1) La enfermedad es recurrente o metastásica Y 2) El medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TLANDO
Nombres del medicamento	TLANDO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal baja confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TOBI INHALER
Nombres del medicamento	TOBI PODHALER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Bronquiectasias sin fibrosis quística
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las bronquiectasias con fibrosis quística y sin fibrosis quística: 1) Se observa Pseudomonas aeruginosa en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por Pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TOBRAMYCIN
Nombres del medicamento	BETHKIS, KITABIS PAK, TOBI, TOBRAMYCIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Bronquiectasias sin fibrosis quística
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las bronquiectasias con fibrosis quística y sin fibrosis quística: 1) Se observa Pseudomonas aeruginosa en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por Pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TOBRAMYCIN INY.
Nombres del medicamento	TOBRAMYCIN SULFATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente utilizará el medicamento solicitado por vía intramuscular o intravenosa.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TOFIDENCE
Nombres del medicamento	TOFIDENCE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo nuevos inicios): el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los productos siguientes: Enbrel (etanercept), Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Tyenne (tocilizumab-aazg), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la arteritis de células gigantes (GCA) y la artritis idiopática juvenil sistémica (sJIA) (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado un evento adverso intolerable a Tyenne (tocilizumab-aazg) y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: El diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TOLSURA
Nombres del medicamento	TOLSURA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DOXEPIN TÓPICA
Nombres del medicamento	DOXEPIN HYDROCHLORIDE, PRUDOXIN, ZONALON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un corticosteroide tópico o a un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	LIDOCAINE TÓPICA
Nombres del medicamento	GLYDO, LIDOCAINE, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se está usando para anestesia tópica Y 2) Si el medicamento solicitado se usará como parte de un producto compuesto, entonces todos los ingredientes activos del producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	METRONIDAZOLE TÓPICO
Nombres del medicamento	METROCREAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TACROLIMUS TÓPICO
Nombres del medicamento	TACROLIMUS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Psoriasis en la cara, los genitales o los pliegues de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica (eccema) de moderada a grave: el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues cutáneos) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un agente para el tratamiento de primera línea (p. ej., corticosteroide tópico de potencia media o alta). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se prescribe para uso crónico a corto plazo o no continuo. Tacrolimus 0.03% 2 años de edad o más, tacrolimus 0.1% 16 años de edad o más.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TESTOSTERONES TÓPICO
Nombres del medicamento	TESTIM, TESTOSTERONE, TESTOSTERONE PUMP, VOGELXO, VOGELXO PUMP
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal baja confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRETINOIN TÓPICO
Nombres del medicamento	ALTRENO, ATRALIN, CLINDAMYCIN PHOSPHATE/TRE, RETIN-A, RETIN-A MICRO, RETIN-A MICRO PUMP, TRETINOIN, TRETINOIN MICROSPHERE, TWYNEO, ZIANA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TOREMIFENE
Nombres del medicamento	FARESTON, TOREMIFENE CITRATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Prolongación del intervalo QT congénita o adquirida (síndrome de QT largo), hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia no corregida.
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRAZIMERA
Nombres del medicamento	TRAZIMERA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante para cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama HER2 positivo recurrente o avanzado irresecable, metástasis leptomeníngicas provenientes del cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales del cáncer de mama HER2 positivo, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal de tipo natural RAS y BRAF amplificado por HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para HER2, cáncer de endometrio positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad está amplificada por HER2 y es de tipo RAS y BRAF y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad presenta HER2 positivo Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRELSTAR
Nombres del medicamento	TRELSTAR MIXJECT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género, cáncer de mama, tumores de glándulas salivales, sarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la disforia de género (DG): 1) El paciente es capaz de tomar una decisión informada para participar en el tratamiento Y 2) El paciente cumple con UNO de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará para la supresión hormonal puberal y el paciente ha alcanzado la etapa 2 de Tanner de la pubertad o más O b) El paciente está pasando por una transición de género y recibirá el medicamento solicitado de forma concomitante con hormonas de afirmación de género. En el caso del cáncer de mama, la paciente cumple con TODOS los siguientes criterios: 1) El medicamento solicitado se utiliza para la supresión ovárica en pacientes premenopáusicas y 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con tratamiento endocrino y 3) La enfermedad es positiva para receptores hormonales y 4) La enfermedad tiene un mayor riesgo de recurrencia (por ejemplo, edad temprana, tumor de alto grado, compromiso de los ganglios linfáticos). Para tumores de las glándulas salivales: 1) La enfermedad es positiva para el receptor de andrógenos Y 2) la enfermedad es recurrente, metastásica o irresecable. Para el sarcoma uterino: El medicamento solicitado se está utilizando en combinación con un inhibidor de la aromatasa en pacientes premenopáusicas que no son aptas para la cirugía.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TREMFYA
Nombres del medicamento	TREMFYA, TREMFYA INDUCTION PACK FO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TREPROSTINIL INY.
Nombres del medicamento	REMODULIN, TREPROSTINIL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRIENTINE
Nombres del medicamento	SYPRINE, TRIENTINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRIESENCE
Nombres del medicamento	TRIESENCE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un optometrista u oftalmólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRIKAFTA
Nombres del medicamento	TRIKAFTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRINTELLIX
Nombres del medicamento	TRINTELLIX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes productos genéricos: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), mirtazapina, bupropión.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TRODELVY
Nombres del medicamento	TRODELVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma urotelial recidivante o metastásico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior para cualquiera de los siguientes tratamientos: 1) carcinoma urotelial recidivante o metastásico O 2) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recidivante o persistente. Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 3) la paciente tiene cáncer de mama triple negativo o receptor hormonal (HR) positivo, receptor epidérmico humano receptor 2 (HER2) negativo.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TROKENDI XR
Nombres del medicamento	TOPIRAMATE ER, TROKENDI XR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Aptiom, Xcopri (a partir de los 18 años), Spritam. Para el tratamiento en monoterapia de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de liberación inmediata de topiramato. Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) Si el paciente tiene 6 años o más, ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. Para el tratamiento preventivo de la migraña: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un producto genérico de liberación inmediata de topiramato. Epilepsia: 6 años de edad o más, migraña: 12 años o más
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TRUDHESA
Nombres del medicamento	TRUDHESA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (por ejemplo, ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina). El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista del receptor triptano 5-HT1.
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TRULICITY
Nombres del medicamento	TRULICITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRUQAP (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	TRUQAP
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

TRUXIMA
TRUXIMA

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas

Usos para una indicación no autorizada

Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos (no cutáneos)), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de la leucemia linfocítica crónica (LLC)/SLL en linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (ELPT), linfoma linfoblástico de células B], púrpura trombocitopénica o idiopática refractaria (PTI), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (EICH), síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngicas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del ELPT relacionado con el virus de Epstein-Barr (VEB), esclerosis múltiple remitente recurrente, efectos tóxicos relacionados con inhibidores de puntos de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B maduras) y leucemia aguda de células B maduras en pacientes pediátricos, trastorno del espectro de la neuromielitis óptica

Criterios de exclusión
Información médica requerida

-
Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios):
1) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con metotrexato (MTX) O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) Respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hematológicas deben ser CD20 positivas.

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura

-
-

Toxicidades relacionadas con los inhibidores de puntos de control inmunitarios:
3 meses, todos los demás: Año del plan

Otros criterios
Tratamiento previo requerido

-
Sí

Grupo de autorización previa	TRYNGOLZA
Nombres del medicamento	TRYNGOLZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de quilomicronemia familiar (FCS) (p. ej., deficiencia de lipoproteína lipasa [LPLD] o hiperlipoproteinemia tipo 1), inici del tratamiento: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante pruebas genéticas que confirman mutaciones bialélicas en genes causantes de FCS (p. ej., LPL, APOC2, APOA5, LMF1, GPIHBP1) Y 2) El paciente tiene triglicéridos (TG) en ayunas mayores o iguales a 880 mg/dL. Para FCS, continuación: El paciente demuestra una respuesta clínica positiva al tratamiento (p. ej., reducción del nivel de TG desde el inicio, reducción de los episodios de pancreatitis aguda).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo o lipidólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRYPTYR
Nombres del medicamento	TRYPTYR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los signos y síntomas de la enfermedad del ojo seco (DED): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Restasis (cyclosporine 0.05 percent emulsion) Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: Xiidra (lifitegrast), Miebo (perfluorohexiloctano).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TRYVIO
Nombres del medicamento	TRYVIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión: 1) el paciente está tomando actualmente otros medicamentos antihipertensivos (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [IECA], antagonista de los receptores de angiotensina II [BRA], betabloqueante, bloqueador de los canales de calcio, diuréticos) a dosis máximas toleradas Y 2) para el tratamiento inicial, la presión arterial del paciente no se controla adecuadamente con su régimen actual. Para continuación: el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TUKYSA
Nombres del medicamento	TUKYSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recidivante positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de las vías biliares positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) el paciente tiene enfermedad avanzada, irresecable o metastásica, Y 2) el paciente tiene enfermedad positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el paciente tiene enfermedad con RAS tipo salvaje, Y 4) el fármaco solicitado se usará en combinación con trastuzumab, Y 5) el paciente no ha sido tratado previamente con un inhibidor de HER2. Para el cáncer de vías biliares: 1) el paciente tiene enfermedad irresecable o metastásica, Y 2) el paciente tiene enfermedad positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TURALIO
Nombres del medicamento	TURALIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la histiocitosis de células de Langerhans: 1) la enfermedad tiene una mutación en el receptor del factor estimulante de colonias 1 (CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) la enfermedad tiene una mutación en CSF1R Y 2) el paciente tiene cualquiera de las siguientes: a) enfermedad sintomática O b) enfermedad recidivante/refractaria.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TYENNE
Nombres del medicamento	TYENNE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: El diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TYMLOS
Nombres del medicamento	TYMLOS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la osteoporosis posmenopáusica: La paciente cumple UNO de los siguientes criterios: 1) Antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) un puntaje T antes del tratamiento menor o igual a -2.5 o un puntaje T antes del tratamiento mayor a -2.5 y menor a -1 con una probabilidad alta de fractura antes del tratamiento, según la herramienta de evaluación del riesgo de fractura (FRAX) Y la paciente tiene ALGUNO de los siguientes: a) indicadores de alto riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, tratamiento con glucocorticoides, puntajes T muy bajos o mayor riesgo de caídas), o b) la paciente no ha respondido adecuadamente a un tratamiento previo inyectable para osteoporosis o presenta intolerancia a este, o c) la paciente se ha sometido a un ensayo con bisphosphonate oral de al menos 1 año de duración o hay un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. Para la osteoporosis en los hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera, O 2) una puntuación T antes del tratamiento menor o igual a -2.5 o una puntuación T antes del tratamiento mayor a -2.5 y menor a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX antes del tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente no ha respondido adecuadamente a un tratamiento previo o es intolerante a una tratamiento inyectable previo para la osteoporosis, O b) el paciente se ha sometido a un ensayo con bifosfonatos orales de al menos 1 año de duración o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	El uso de análogos de la hormona paratiroidea estará restringido a un máximo de 24 meses a lo largo de la vida del paciente
Otros criterios	El paciente tiene una alta probabilidad de fractura según la Herramienta de Evaluación del Riesgo de Fractura (FRAX) si la probabilidad a 10 años es superior o igual al 20 por ciento para cualquier fractura osteoporótica importante, o es superior o igual al 3 por ciento para la fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente de prednisona) al día, la puntuación de riesgo estimada generada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para fractura osteoporótica mayor y por 1.2 para fractura de cadera.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TYRVAYA
Nombres del medicamento	TYRVAYA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los signos y síntomas de la enfermedad del ojo seco: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes productos: Restasis (cyclosporine 0.05 percent emulsion), Xiidra (lifitegrast), Miebo (perfluorohexyloctane).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TYSABRI
Nombres del medicamento	TYSABRI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos una opción de tratamiento convencional (p. ej., corticosteroides) Y un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) indicado para la enfermedad de Crohn.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TYVASO
Nombres del medicamento	TYVASO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar asociada a enfermedad pulmonar intersticial (Grupo 3 de la OMS): El diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) La presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TYVASO DPI
Nombres del medicamento	TYVASO DPI MAINTENANCE KI, TYVASO DPI TITRATION KIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar asociada a enfermedad pulmonar intersticial (Grupo 3 de la OMS): El diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) La presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TZIELD
Nombres del medicamento	TZIELD
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el retraso de la progresión a diabetes tipo 1 en estadio 3 (T1D): 1) El paciente tiene un diagnóstico de T1D en estadio 2 que fue confirmado por ambos de los siguientes criterios: a) al menos dos autoanticuerpos positivos de las células de los islotes pancreáticos Y b) disglucemia sin hiperglucemia manifiesta, evaluada mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT) o un método alternativo si corresponde Y 2) La historia clínica del paciente no es compatible con diabetes tipo 2.
Restricciones por edad	8 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	UBRELVY
Nombres del medicamento	UBRELVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento agudo de la migraña: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor triptano 5-HT1.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	UCERIS
Nombres del medicamento	BUDESONIDA ER, UCERIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la inducción de la remisión de la colitis ulcerosa activa, leve a moderada: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un tratamiento con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	2 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	UDENYCA
Nombres del medicamento	UDENYCA, UDENYCA ONBODY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: El paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ULTOMIRIS
Nombres del medicamento	ULTOMIRIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glycosylphosphatidylinositol (GPI-AP) Y 2) La citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la HPN (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el síndrome urémico hemolítico atípico (aHUS) (inicial): La enfermedad no se debe a Escherichia coli productora de toxina Shiga. Para el aHUS (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para la miastenia gravis generalizada (gMG) (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se mantiene el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	UPLIZNA
Nombres del medicamento	UPLIZNA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se mantiene el régimen actual, Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	UPTRAVI
Nombres del medicamento	UPTRAVI, UPTRAVI TITRATION PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	V-GO
Nombres del medicamento	V-GO 20, V-GO 30, V-GO 40
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere manejo de insulina con múltiples inyecciones diarias, Y 2) El paciente se mide los niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente está usando un glucómetros de monitoreo continuo, Y 3) El paciente ha presentado alguno de los siguientes casos con el régimen actual para la diabetes: Control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, grandes fluctuaciones en la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, variaciones glucémicas graves.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VABYSMO
Nombres del medicamento	VABYSMO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VALCHLOR
Nombres del medicamento	VALCHLOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia/linfoma de células T del adulto (ATLL) en fase latente, micosis fungoide (MF) o síndrome de Sezary en estadio 2 o superior, linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro de los folículos, papulosis linfomatoide (LyP) CD30 positiva, histiocitosis unifocal de células de Langerhans (LCH) unifocal con afectación cutánea aislada
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VANFLYTA
Nombres del medicamento	VANFLYTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Reinducción de LMA en pacientes con enfermedad residual
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) La LMA es positiva para la mutación FLT3 con duplicación en tándem interna (ITD) del gen tirosina-cinasa 3 similar a FMS y 2) El medicamento se utilizará para el tratamiento de inducción, reinducción, consolidación o mantenimiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VANRAFIA
Nombres del medicamento	VANRAFIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la reducción de la proteinuria en pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgAN) con riesgo de progresión rápida de la enfermedad: 1) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (RAS) (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [ACE] o antagonista del receptor de angiotensina [ARB]) O 2) el paciente presentó intolerancia o tiene una contraindicación para los inhibidores del RAS.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VEGZELMA
Nombres del medicamento	VEGZELMA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, tipos de cáncer del sistema nervioso central (CNS) (incluidos los gliomas difusos de alto grado en pacientes pediátricos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal testicular, sarcomas de tejidos blandos, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, tipos de cáncer vulvar, cáncer de vagina, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, que incluye subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomasosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones, excepto trastornos oftálmicos: El paciente presentó un evento adverso intolerable a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VELCADE
Nombres del medicamento	BORTEZOMIB, BORUZU, VELCADE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica por cadenas ligeras, macroglobulinemia de Waldenström o linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T en adultos, leucemia linfoblástica aguda, sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin clásico pediátrico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VELSIPITY
Nombres del medicamento	VELSIPITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VEMLIDY
Nombres del medicamento	VEMLIDY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la infección crónica por el virus de la hepatitis B (solo nuevos inicios): 1) El paciente tiene una enfermedad hepática compensada, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) ha experimentado una respuesta virológica inadecuada o un evento adverso intolerable al tenofovir disoproxil fumarate, O b) tiene pérdida ósea y defectos de mineralización o está en riesgo de pérdida ósea y defectos de mineralización (por ejemplo, antecedentes de fracturas por fragilidad, edad avanzada, fragilidad, uso crónico de glucocorticoides, puntuaciones T bajas o mayor riesgo de caídas).
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento
Indicador de la indicación de PA

Usos para una indicación no autorizada

Criterios de exclusión
Información médica requerida

Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas
Duración de la cobertura
Otros criterios
Tratamiento previo requerido

VENCLEXTA
VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Linfoma de células del manto, neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN), mieloma múltiple, leucemia mieloide aguda (LMA) recidivante o refractaria, LMA de riesgo precario, LMA relacionada con el tratamiento, tratamiento posterior a la inducción de la LMA después de la respuesta a un tratamiento previo de menor intensidad con el mismo régimen, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, amiloidosis sistémica por cadenas ligeras en recaída o refractaria con translocación t(11:14), neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o en fase blástica, leucemia linfoblástica aguda de células B/leucemia linfoblástica aguda de células T (LLA-B/LLA-T), leucemia de células pilosas, síndromes mielodisplásicos de mayor riesgo, leucemia mielomonocítica crónica (LMMC)-2.
-
Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) El paciente tiene LMA recién diagnosticada y cumple con uno de los siguientes criterios: a) tiene 75 años de edad o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) se usará para tratamiento de inducción o consolidación en pacientes con LMA de riesgo precario o relacionada con el tratamiento, O 3) el paciente tiene LMA recidivante o refractaria, OR 4) se usará para el tratamiento posterior a la inducción de la LMA después de la respuesta a un tratamiento previo de menor intensidad con el mismo régimen. Para la neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN): 1) el paciente tiene enfermedad sistémica que está siendo tratada con intención paliativa, O 2) el paciente tiene una enfermedad recidivante o refractaria. Para el mieloma múltiple: 1) la enfermedad es recidivante o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con uno de los siguientes: a) dexamethasone and daratumumab c) dexamethasone con bortezomib, carfilzomib o ixazomib Y 3) el paciente tiene translocación t(11:14). Para la macroglobulinemia y linfoma linfoplasmocítico de Waldenström: 1) el paciente ha tratado previamente una enfermedad que no respondió al tratamiento primario, O 2) el paciente tiene enfermedad progresiva o recidivante.
-
-
Año del plan
-
No

Grupo de autorización previa	VEOZAH
Nombres del medicamento	VEOZAH
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VERKAZIA
Nombres del medicamento	VERKAZIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un estabilizador oftálmico de mastocitos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VERQUVO (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	VERQUVO
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERSACLOZ
Nombres del medicamento	VERSACLOZ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de un paciente gravemente enfermo con esquizofrenia que no respondió adecuadamente al tratamiento antipsicótico estándar (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VERZENIO
Nombres del medicamento	VERZENIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente, cáncer de endometrio, en combinación con letrozole para el tumor con receptor de estrógeno positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es: a) avanzada, recurrente o metastásica, O b) cáncer de mama en estadio temprano Y 2) la paciente tiene enfermedad positiva para el receptor hormonal (HR) y negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con tratamiento endocrino o como agente único, Y 4) la paciente ha experimentado un evento adverso intolerable o tiene una contraindicación para Kisqali (ribociclib).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VEVYE
Nombres del medicamento	VEVYE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los signos y síntomas de la enfermedad del ojo seco (DED): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Restasis (cyclosporine 0.05 percent emulsion) Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos: Xiidra (lifitegrast), Miebo (perfluorohexiloctano).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VIBERZI
Nombres del medicamento	VIBERZI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VICTOZA
Nombres del medicamento	LIRAGLUTIDE, VICTOZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VIGABATRIN
Nombres del medicamento	SABRIL, VIGABATRIN, VIGADRONE, VIGPODER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de las convulsiones parciales complejas (es decir, crisis focales con alteración de la conciencia): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos dos medicamentos antiepilépticos indicados para convulsiones parciales complejas (es decir, crisis focales con alteración de la conciencia).
Restricciones por edad	Espasmos infantiles: De 1 mes a 2 años de edad. Convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones focales con alteración de la conciencia): 2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VIGAFYDE
Nombres del medicamento	VIGAFYDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Espasmos infantiles: De 1 mes a 2 años de edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VIJOICE
Nombres del medicamento	VIJOICE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VIMIZIM
Nombres del medicamento	VIMIZIM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mucopolisacaridosis tipo IVA (MPS IVA, síndrome de Morquio A): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática N-acetilgalactosamina 6-sulfatasa (GALNS) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VITRAKVI
Nombres del medicamento	VITRAKVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tumores sólidos no metastásicos positivos para fusión del gen del receptor de tirosina-cinasa neurotrófico (NTRK): Tratamiento de primera línea para tumores sólidos con fusión del gen NTRK positiva.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos positivos para la fusión del gen del receptor de tirosina-cinasa neurotrófica (NTRK), la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VIVJOA
Nombres del medicamento	VIVJOA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	El paciente está en edad reproductiva.
Información médica requerida	Para reducir la incidencia de candidiasis vulvovaginal recurrente (CVVR) en una paciente con antecedentes de CVVR: 1) La paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para fluconazol Y 2) El medicamento solicitado se usará por vía oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VIZIMPRO
Nombres del medicamento	VIZIMPRO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón no microcítico (CPCNP) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación sensibilizante del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VONJO
Nombres del medicamento	VONJO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VOQUEZNA
Nombres del medicamento	VOQUEZNA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones, excepto el tratamiento de la infección por <i>Helicobacter pylori</i> (H. Pylori): 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con ensayos de un mes de los dos inhibidores de la bomba de protones (PPI), O 2) el paciente ha tenido una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de un mes de dos PPI. Para el tratamiento de la infección por H. pylori: Se ha comprobado o se sospecha firmemente que la infección es causada por bacterias susceptibles en función de: 1) Información sobre cultivos y susceptibilidad O 2) Epidemiología local y patrones de susceptibilidad.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Alivio de la acidez estomacal, curación de la EE, mantenimiento de la EE curada: 6 meses, H. Pylori: 14 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VOQUEZNA PAQ.
Nombres del medicamento	VOQUEZNA DUAL PAK, VOQUEZNA TRIPLE PAK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la infección por <i>Helicobacter pylori</i> (H. pylori): Se ha comprobado o se sospecha firmemente que la infección se debe a bacterias susceptibles según lo siguiente: 1) Información sobre cultivos y susceptibilidad O 2) epidemiología local y patrones de susceptibilidad.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	14 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VORANIGO
Nombres del medicamento	VORANIGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VORICONAZOLE
Nombres del medicamento	VFEND, VFEND IV, VORICONAZOLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VOSEVI
Nombres del medicamento	VOSEVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por la presencia de ARN del HCV en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [CTP clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (AASLD-IDSA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VOTRIENT (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE PAZOPANIB, VOTRIENT
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VOWST
Nombres del medicamento	VOWST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) El diagnóstico de CDI ha sido confirmado mediante una prueba de heces positiva para LA toxina de C. difficile, Y 2) El fármaco solicitado se administrará al menos 48 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recurrente.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VOXZOGO
Nombres del medicamento	VOXZOGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acondroplasia con epífisis abiertas, inicial: El diagnóstico se confirma por cualquiera de los siguientes procedimientos: 1) hallazgos radiológicos de rasgos característicos compatibles con la enfermedad O 2) pruebas genéticas. Para la acondroplasia con epífisis abiertas, la continuación del tratamiento: El paciente está teniendo una mejoría.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo, genetista, neurólogo o especialista en displasia esquelética
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VOYDEYA
Nombres del medicamento	VOYDEYA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) (inicial): 1) El diagnóstico de HPN se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP) Y 2) Se utiliza citometría de flujo para demostrar la deficiencia de GPI-AP Y 3) El fármaco solicitado se está utilizando como tratamiento complementario a ravulizumab o eculizumab para el tratamiento de la hemólisis extravascular (EVH). Para la PNH (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras se está en el régimen actual Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VPRIV
Nombres del medicamento	VPRIV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VTAMA
Nombres del medicamento	VTAMA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a por lo menos un corticosteroide tópico O el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar corticosteroides tópicos. Para la dermatitis atópica: El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en áreas sensibles (p. ej., cara, genitales o pliegues cutáneos) y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina, O b) El medicamento solicitado se usará en áreas de la piel no sensibles (o remanentes) y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina o a un corticosteroide tópico de potencia media o superior.
Restricciones por edad	AD: 2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VUMERITY
Nombres del medicamento	VUMERITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYALEV
Nombres del medicamento	VYALEV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Parkinson avanzada: 1) El paciente presenta una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la carbidopa/levodopa por vía oral, 2) El paciente tiene al menos 2.5 horas al día de tiempo "off", Y 3) El paciente responde a la levodopa con períodos "on" claramente definidos. Para la enfermedad de Parkinson avanzada, continuación: El paciente presenta una mejoría con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VYEPTI
Nombres del medicamento	VYEPTI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña: El medicamento solicitado no se utilizará simultáneamente con otro antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y tuvo una reducción de los días de migraña por mes desde el inicio.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYKAT XR
Nombres del medicamento	VYKAT XR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hiperfagia debida al síndrome de Prader-Willi (inicial): 1) El paciente tiene hiperfagia (p. ej., sensación de hambre intensa y persistente, falta de saciedad normal, preocupación constante por los alimentos, impulso extremo por consumir alimentos, problemas de conducta relacionados con los alimentos) Y 2) El diagnóstico de síndrome de Prader-Willi (SPW) se confirma mediante pruebas genéticas (p. ej., deleción en la región cromosómica 15q11-q13, disomía uniparental materna en el cromosoma 15, o efectos de impronta, translocaciones o inversiones que afecten al cromosoma 15). Para la hiperfagia debida al síndrome de Prader-Willi (continuación): El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento (p. ej., reducción de la hiperfagia, reducción de la masa grasa corporal, reducción de los niveles de leptina).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VYLOY
Nombres del medicamento	VYLOY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYNDAMAX
Nombres del medicamento	VYNDAMAX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miocardiopatía por amiloidosis variante o de tipo natural mediada por transtirretina (ATTR-CM), tratamiento inicial: 1) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico) Y 2) la afectación cardíaca se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) obtención de imágenes mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica superior a 12 milímetros), o b) gammagrafía miocárdica con tecnecio marcado, Y 3) el diagnóstico se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) biopsia que confirma depósitos de amiloide de transtirretina y presencia de proteínas precursoras de transtirretina, b) gammagrafía ósea con tecnecio marcado positiva Y se ha descartado amiloidosis por cadenas ligeras sistémicas mediante pruebas que demuestran ausencia de proteínas monoclonales (p. ej., relación kappa/lambda de cadenas ligeras libres en suero, inmunofijación de proteínas séricas, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud corresponde a ATTR-CM variante, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtirretina (TTR). Para la ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYNDAQEL
Nombres del medicamento	VYNDAQEL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miocardiopatía por amiloidosis variante o de tipo natural mediada por transtirretina (ATTR-CM), tratamiento inicial: 1) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico) Y 2) la afectación cardíaca se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) obtención de imágenes mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica superior a 12 milímetros), o b) gammagrafía miocárdica con tecnecio marcado, Y 3) el diagnóstico se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) biopsia que confirma depósitos de amiloide de transtirretina y presencia de proteínas precursoras de transtirretina, b) gammagrafía ósea con tecnecio marcado positiva Y se ha descartado amiloidosis por cadenas ligeras sistémicas mediante pruebas que demuestran ausencia de proteínas monoclonales (p. ej., relación kappa/lambda de cadenas ligeras libres en suero, inmunofijación de proteínas séricas, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud corresponde a ATTR-CM variante, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtirretina (TTR). Para la ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VYVANSE
Nombres del medicamento	LISDEXANFETAMINA DIMESYLA, VYVANSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el trastorno por déficit de atención (TDA): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un medicamento estimulante genérico del sistema nervioso central (SNC), que no sea lisdexamfetamine (p. ej., amphetamine, dextroamphetamine, methylphenidate).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VYVGART
Nombres del medicamento	VYVGART
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miastenia gravis generalizada (gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VYVGART HYTRULO
Nombres del medicamento	VYVGART HYTRULO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miastenia gravis generalizada (gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Miastenia gravis, inicial: 6 meses, todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	WAINUA
Nombres del medicamento	WAINUA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtirretina (TTR), tratamiento inicial: El paciente es positivo para una mutación del gen TTR y presenta manifestaciones clínicas de enfermedad (por ejemplo, depósito de amiloide en muestras de biopsia, variantes de la proteína TTR en suero, polineuropatía sensitivomotora periférica progresiva). Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por TTR, continuación: El paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (por ejemplo, mejoría de la gravedad de la neuropatía y de la tasa de progresión de la enfermedad).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	WAKIX
Nombres del medicamento	WAKIX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño, Y 2) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) Si el paciente tiene 17 años o menos, ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a por lo menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que le impediría probar medicamentos estimulantes del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), b) Si el paciente tiene 18 años o más, ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a por lo menos un medicamento promotor de la vigilia del CNS (p. ej., armodafinil, modafinil), O tiene una contraindicación que le impediría probar medicamentos promotores de la vigilia del CNS (p. ej., armodafinil, modafinil). Para el tratamiento de la cataplejía en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño. Para la continuación del tratamiento: El paciente ha presentado una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplejía con narcolepsia.
Restricciones por edad	Cataplexy: 18 años de edad o más, somnolencia diurna excesiva: 6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o neurólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	WELIREG
Nombres del medicamento	WELIREG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	WINLEVI
Nombres del medicamento	WINLEVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un producto genérico para el acné (p. ej., topical clindamycin, topical erythromycin, topical retinoid u oral isotretinoin).
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	WINREVAIR
Nombres del medicamento	WINREVAIR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (PAH) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	WYOST (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	WYOST
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XALKORI
Nombres del medicamento	XALKORI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón no microcítico (CPCNP) recurrente, CPCNP con amplificación de alto nivel del gen MET, CPCNP recurrente, avanzado o metastásico con mutación de omisión del exón 14 de MET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o en recaída/refractaria con fusión positiva del gen ALK (quinasa del linfoma anaplásico), enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o en recaída/refractaria con fusión positiva del gen ALK, histiocitosis de células de Langerhans con fusión positiva del gen ALK, melanoma cutáneo metastásico o irresecable con fusión positiva del gen ROS1, sarcoma uterino metastásico o inoperable en el contexto de tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación del gen ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón no microcítico (CPCNP), el medicamento solicitado se usa en cualquiera de los siguientes entornos: 1) el paciente tiene CPCNP positivo para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK) recidivante, avanzado o metastásico, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib), O 3) el paciente tiene CPCNP recurrente, avanzado o metastásico con fusión positiva del gen ROS1, O 4) el paciente tiene CPCNP con amplificación de alto nivel del gen MET O 5) el paciente tiene CPCNP recurrente, avanzado o metastásico con mutación de omisión del exón 14 del gen MET. Para el linfoma anaplásico de células grandes (LACG): 1) la enfermedad es recidivante o refractaria, Y 2) la enfermedad es positiva para ALK.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	XDEMYY
Nombres del medicamento	XDEMYY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XELJANZ
Nombres del medicamento	XELJANZ, XELJANZ XR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave, la espondilitis anquilosante activa y la artritis idiopática juvenil activa de curso poliarticular (solo para nuevos comienzos): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab, etanercept). Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab). En el caso de la artritis psoriásica activa (solo para nuevos comienzos): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (por ejemplo, adalimumab, etanercept) Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un DMARD no biológico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	XEMBIFY
Nombres del medicamento	XEMBIFY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XENPOZYME
Nombres del medicamento	XENPOZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia de esfingomielinasa ácida (ASMD): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima esfingomielinasa ácida (ASM) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XEOMIN
Nombres del medicamento	XEOMIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Uso cosmético
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XERMELO
Nombres del medicamento	XERMELO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XGEVA
Nombres del medicamento	XGEVA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipercalcemia maligna: La afección es resistente al tratamiento con bifosfonatos intravenosos (IV) o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con bifosfonatos intravenosos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	XHANCE
Nombres del medicamento	XHANCE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con el aerosol nasal genérico de fluticasone.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	XIFAXAN
Nombres del medicamento	XIFAXAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome del intestino irritable con diarrea (SII-D): 1) El paciente no ha recibido tratamiento previamente con el medicamento solicitado, O 2) El paciente ha recibido tratamiento previamente con el medicamento solicitado, Y a) el paciente presenta una recurrencia de los síntomas, Y b) el paciente aún no ha recibido un ciclo inicial de tratamiento de 14 días y dos ciclos adicionales de tratamiento de 14 días con el medicamento solicitado. Para el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO): 1) el paciente presenta una recurrencia después de completar un curso exitoso de tratamiento con el medicamento solicitado O 2) el diagnóstico se ha confirmado a través de uno de los siguientes: a) cultivo cuantitativo de aspirado del intestino superior, b) prueba de aliento (p. ej., prueba de hidrógeno de lactulosa o prueba de hidrógeno de glucosa en el aliento).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia de encefalopatía hepática (EH) manifiesta: 6 meses, SII-D y SIBO: 14 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XIPERE
Nombres del medicamento	XIPERE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un optometrista u oftalmólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XOLAIR (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	XOLAIR
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XOLREMDI
Nombres del medicamento	XOLREMDI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome WHIM (verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones y mielocatexis), inicialmente: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante pruebas para detectar mutaciones en el gen CXCR4 Y 2) El paciente presenta al menos una manifestación clínica de la enfermedad (como verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones, mielocatexis) Y 3) El paciente tiene un recuento bajo de neutrófilos confirmado según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales. Para el síndrome WHIM, continuación: El paciente ha demostrado una respuesta positiva a la terapia.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XOSPATA
Nombres del medicamento	XOSPATA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides, linfoides, o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FLT3, leucemia mieloide aguda (LMA) después del trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TCH), en remisión.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la tirosina cinasa 3 similar a FMS (FLT3): la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica. Para la leucemia mieloide aguda con mutación FLT3: El medicamento solicitado se utilizará para uno de los siguientes: a) enfermedad recidivante o refractaria, b) tratamiento de inducción, c) tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado, d) tratamiento de consolidación, e) tratamiento de mantenimiento en pacientes que están en remisión después de un trasplante alogénico de células hematopoyéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XPOVIO (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	XPOVIO, XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY, XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XTANDI
Nombres del medicamento	XTANDI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración o el cáncer de próstata metastásico sensible a la castración: El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XYOSTED
Nombres del medicamento	XYOSTED
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal baja confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XYREM (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	SODIUM OXYBATE, XYREM
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XYWAV
Nombres del medicamento	XYWAV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente (pt) con narcolepsia, la solicitud inicial: 1) El diagnóstico (dx) ha sido confirmado por una evaluación de laboratorio del sueño, Y 2) Si el paciente tiene 18 años o más, el pt ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinil, modafinil), O BIEN tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos promotores de la vigilia en el SNC (por ejemplo, armodafinil, modafinil). Para la hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico se ha confirmado por TODOS los siguientes métodos: 1) El pt ha experimentado lapsos de sueño o una necesidad irreprimible de dormir durante el día, diariamente, durante al menos 3 meses, Y 2) se confirma la ausencia del síndrome de sueño insuficiente, Y 3) ausencia de cataplejía, Y 4) menos de 2 períodos de inicio del sueño con de movimientos oculares rápidos (SOREMP) o ningún SOREMP, si la latencia de movimientos oculares rápidos en un estudio del sueño nocturno fue menor o igual a 15 minutos, Y 5) la latencia promedio del sueño de 8 minutos o menos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo total de sueño en 24 horas es mayor o igual a 11 horas, Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico, o uso de drogas/medicamentos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de la prueba.
Restricciones por edad	Narcolepsia: 7 años de edad o más, Hipersomnia idiopática: 18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o neurólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para el tratamiento de la cataplejía en un pt con narcolepsia, solicitud inicial: El dx ha sido confirmado por la evaluación del laboratorio del sueño. En el caso de la narcolepsia, la continuación del tratamiento: El pt ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplejía con narcolepsia. Para la hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: El pt ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna desde el inicio.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	YCANTH
Nombres del medicamento	YCANTH
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	YERVOY
Nombres del medicamento	YERVOY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	YESINTEK
Nombres del medicamento	YESINTEK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico, O 2) El paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10% del área de la superficie corporal está afectada), O 3) Al menos el 3% del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) El tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	YONSA
Nombres del medicamento	YONSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	YORVIPATH
Nombres del medicamento	YORVIPATH
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Hipoparatiroidismo posquirúrgico agudo (dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía) y recuperación esperada del hipoparatiroidismo
Información médica requerida	Para el hipoparatiroidismo, inicial: antes del inicio, se ha confirmado o se confirmará que el calcio sérico corregido por albúmina del paciente es mayor o igual a 7,8 mg/dL. Para el hipoparatiroidismo, continuación: el paciente está experimentando un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mantenimiento o normalización de los niveles séricos de calcio en comparación con el valor basal).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	YUPELRI
Nombres del medicamento	YUPELRI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: Symbicort (budesonide/formoterol), Advair Diskus (fluticasone/salmeterol), Breo Ellipta (fluticasone/vilanterol), Incruse Ellipta (umeclidinium), Anoro Ellipta (umeclidinium/vilanterol), Bevespi (glycopyrrolate/formoterol), Serevent Diskus (salmeterol), Trelegy Ellipta (fluticasone/umeclidinium/vilanterol).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	YUTREPIA
Nombres del medicamento	YUTREPIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar (HP) asociada a enfermedad pulmonar intersticial (Grupo 3 de la OMS): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) La presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, 2) La presión de la cuña capilar pulmonar previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) La resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 2 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZALTRAP
Nombres del medicamento	ZALTRAP
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer colorrectal irresecable
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal avanzado, irresecable o metastásico (incluido el adenocarcinoma apendicular): el medicamento solicitado se utilizará en combinación con FOLFIRI (fluorouracil, leucovorin, and irinotecan) o irinotecan.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZARXIO
Nombres del medicamento	ZARXIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con los dos siguientes criterios: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupretora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZAVZPRET
Nombres del medicamento	ZAVZPRET
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la migraña aguda: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor triptano 5-HT1 Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Nurtec ODT (rimegepant) o Ubrelvy (ubrogepant).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZEJULA
Nombres del medicamento	ZEJULA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leiomiomas uterinos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el leiomioma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea o posterior Y 2) el paciente tiene enfermedad alterada por BRCA.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZELBORAF
Nombres del medicamento	ZELBORAF
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón no microcítico, leucemia de células pilosas, cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, glioblastoma, glioma difuso pediátrico de alto grado), tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, glioblastoma, glioma difuso pediátrico de alto grado): 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El medicamento solicitado se usará en combinación con cobimetinib O el medicamento solicitado se está usando para el tratamiento del glioma difuso pediátrico de alto grado. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (por ejemplo, V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con cobimetinib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, o b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la histiocitosis de células de Langerhans: El tumor es positivo para la mutación BRAF V600. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZELSUVMI
Nombres del medicamento	ZELSUVMI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZEPOSIA
Nombres del medicamento	ZEPOSIA, ZEPOSIA 7-DAY STARTER PAC, ZEPOSIA STARTER KIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: Hadlima (adalimumab-bwwd), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZEPZELCA
Nombres del medicamento	ZEPZELCA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón microcítico recidivante, cáncer de pulmón microcítico primario progresivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón no microcítico: el medicamento solicitado se usará como agente único en uno de los siguientes entornos: 1) La enfermedad ha recaído después de una respuesta completa, respuesta parcial o una enfermedad estable con el tratamiento inicial, 2) el paciente tiene enfermedad primaria progresiva, O 3) el paciente tiene enfermedad metastásica después de la progresión de la enfermedad durante o después de la quimioterapia con derivados del platino.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZIEXTENZO
Nombres del medicamento	ZIEXTENZO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: El paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, Y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZIIHERA
Nombres del medicamento	ZIIHERA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de vías biliares (BTC): 1) El paciente tiene diagnóstico de enfermedad irreseccable, residual macroscópico después de resección (R2) o metastásica, 2) El paciente ha recibido un tratamiento previo, 3) El paciente es positivo para receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) (IHQ [inmunohistoquímica] 3+), Y 4) El medicamento solicitado se utiliza como agente único.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZILBRYSQ
Nombres del medicamento	ZILBRYSQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miastenia gravis generalizada (gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZILXI
Nombres del medicamento	ZILXI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZIRABEV
Nombres del medicamento	ZIRABEV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma ampular, adenocarcinoma apendicular, tipos de cáncer del sistema nervioso central (CNS) (incluidos los gliomas difusos de alto grado en pacientes pediátricos), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal testicular, sarcomas de tejidos blandos, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, tipos de cáncer vulvar, cáncer de vagina, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, que incluye subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomasosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZOLADEX
Nombres del medicamento	ZOLADEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género, tratamiento de la hemorragia uterina anovulatoria crónica (CAUB) con anemia grave, cáncer de ovario, cáncer de trompas de Falopio, cáncer primario de peritoneo, tumores de glándulas salivales, sarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer de mama, el medicamento solicitado debe utilizarse para la enfermedad con receptores hormonales (HR) positivos. Para la disforia de género (DG): 1) El paciente es capaz de tomar una decisión informada para participar en el tratamiento, Y 2) El paciente cumple con UNO de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará para la supresión hormonal puberal y el paciente ha alcanzado la etapa 2 de Tanner de la pubertad o más, O b) El paciente está pasando por una transición de género y recibirá el medicamento solicitado de forma concomitante con hormonas de afirmación de género. Para tumores de las glándulas salivales: 1) La enfermedad es positiva para el receptor de andrógenos Y 2) la enfermedad es recurrente, metastásica o irsecable. Para el sarcoma uterino: el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un inhibidor de aromatase en pacientes premenopáusicas que no sean aptas para cirugía. Endometriosis: 18 años o más
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Adelgazamiento del endometrio: 3 meses Endometriosis: máx. 6 meses en total. CAUB: 6 meses Otra: Año del plan
Otros criterios	La presentación de 10.8 mg no es aprobable para diagnósticos que no sean cáncer de mama o cáncer de próstata.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZOLINZA
Nombres del medicamento	ZOLINZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide (MF)/Síndrome de Sezary (SS)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZOLPIDEM
Nombres del medicamento	ZOLPIDEM TARTRATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a los comprimidos de liberación inmediata de zolpidem. Menores de 65 años
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZONISADE
Nombres del medicamento	ZONISADE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un anticonvulsivo genérico Y el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). 16 años o más
Restricciones por edad	16 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZORYVE 0.15 %
Nombres del medicamento	ZORYVE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica de leve a moderada, el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) Si el medicamento solicitado se usará en áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues cutáneos), el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina O 2) Si el medicamento solicitado se prescribe para su uso en áreas de piel no sensibles (o restantes), el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un corticosteroide tópico de potencia media o alta o a un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZORYVE 0.3 % CRM
Nombres del medicamento	ZORYVE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a por lo menos un corticosteroide tópico O el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar corticosteroides tópicos.
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZORYVE FOAM
Nombres del medicamento	ZORYVE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis seborreica: Si el paciente tiene 12 años de edad o más, ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para el ketoconazole tópico.
Restricciones por edad	9 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZTALMY
Nombres del medicamento	ZTALMY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZUNVEYL
Nombres del medicamento	ZUNVEYL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para galantamine.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZURZUVAE
Nombres del medicamento	ZURZUVAE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la depresión posparto (DPP): El diagnóstico se confirmó mediante escalas de valoración estandarizadas que miden de forma fiable los síntomas depresivos (p. ej., la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton [HDRS], la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [EPDS], el Cuestionario de Salud del Paciente 9 [PHQ9], la Escala de Valoración de la Depresión de Montgomery-Asberg [MADRS], el Inventario de Depresión de Beck [BDI], etc.).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZYDELIG
Nombres del medicamento	ZYDELIG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma linfocítico pequeño (SLL)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (LLC)/linfoma linfocítico pequeño (SLL): El fármaco solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea o posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZYKADIA (PENDIENTE DE REVISIÓN POR PARTE DE LOS CMS)
Nombres del medicamento	ZYKADIA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYNLONTA
Nombres del medicamento	ZYNLONTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfomas de células B difusos relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (linfoma difuso de células B grandes relacionado con el VIH, linfoma de efusión primaria y linfoma difuso de células B grandes positivo para el virus del herpes-8 humano (HHV8), no especificado de otra manera) y transformación histológica de linfomas de crecimiento lento en linfoma difuso de células B grandes.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZYNYZ
Nombres del medicamento	ZYNYZ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma anal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células de Merkel: La enfermedad es metastásica, localmente avanzada o recurrente. Para el carcinoma anal: El fármaco solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZYPREXA RELPREVV
Nombres del medicamento	ZYPREXA RELPREVV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se ha establecido la tolerabilidad con olanzapina oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No