Criterios de AP

Grupo de autorización previa	ABIRATERONA
Nombres de medicamentos	ACETATO DE ABIRATERONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de próstata con ganglios positivos (N1), no metastásico (M0) y cáncer de próstata de muy alto riesgo.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ACITRETINA
Nombres de medicamentos	ACITRETINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Prevención de cánceres de piel no melanoma en personas de alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Soriasis: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato o a la ciclosporina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ACTIMMUNE
Nombres de medicamentos	ACTIMMUNE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Micosis fungoide, síndrome de Sézary.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ADEMPAS
Nombres de medicamentos	ADEMPAS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood. Para la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) (Grupo 4 según la OMS): 1) El paciente tiene HPTEC persistente o recurrente después de realizarle una endarterectomía pulmonar (PEA), O 2) El paciente tiene HPTEC inoperable cuyo diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho Y mediante tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI) o angiografía pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AIMOVIG
Nombres de medicamentos	AIMOVIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que le impediría una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (AED), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos. Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el fármaco solicitado, y el paciente tuvo una reducción de los días de migraña al mes desde el inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 3 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AKEEGA
Nombres de medicamentos	AKEEGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALBENDAZOL
Nombres de medicamentos	ALBENDAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Enfermedad hidatídica, ,microsporidiosis: 6 meses, Todas las demás indicaciones: 1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALDURAZYME
Nombres de medicamentos	ALDURAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para mucopolisacaridosis I (MPS I): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa y/o mediante pruebas genéticas. Los pacientes con la forma Scheie (es decir, MPS I atenuada) deben tener síntomas de moderados a graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALECENSA
Nombres de medicamentos	ALECENSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC) positivo para ALK recurrente, metástasis cerebral de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes positivo para ALK.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la extirpación del tumor.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALOSETRÓN
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE ALOSETRON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el síndrome del intestino irritable (SII) con predominio de diarrea grave: 1) el medicamento solicitado se receta a una mujer biológica o a una persona que se identifica como mujer, 2) síntomas de SII crónico que duran al menos 6 meses, 3) se han descartado anomalías del tracto gastrointestinal, Y 4) respuesta inadecuada a una terapia convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos, antidiarreicos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALVAIZ
Nombres de medicamentos	ALVAIZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para trombocitopenia inmunitaria (immune thrombocytopenia, ITP) crónica o persistente (nuevos comienzos): 1) El paciente (pt) ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o es intolerante a una terapia previa, como corticosteroides o inmunoglobulinas. Y 2) El recuento de plaquetas (plt) no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O 30,000-50,000/mcl con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre; comorbilidades como enfermedad de úlcera péptica e hipertensión, terapia anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para ITP (continuación): respuesta del recuento de plt al fármaco solicitado: 1) El recuento actual de plt es menor o igual a 200,000/mcl, O 2) El recuento actual de plt es mayor a 200,000/mcl a menor o igual a 400,000/mcl y la dosificación se ajustará a un recuento de plt suficiente para evitar sangrados clínicamente importantes. Para la trombocitopenia asociada con la hepatitis C crónica (nuevos comienzos): el medicamento solicitado se utiliza para iniciar y mantener la terapia basada en interferón. Para trombocitopenia relacionada con la hepatitis C crónica (continuación): el paciente está recibiendo terapia basada en interferón. Para la anemia aplásica (AA) grave (nuevos comienzos): El paciente tuvo una respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Virus de la hepatitis C (VHC: 6 meses, inicial de ITP/AA: 6 meses, nueva autorización de ITP: Año del plan, nueva autorización de AA: APR-Año del plan, IPR-16 semanas)
Otros iterios	Para AA grave (continuación): 1) El recuento actual de plt es de 50,000 a 200,000/mcl, O 2) el recuento actual de plt es inferior a 50,000/mcl y el paciente no ha recibido la terapia ajustada adecuadamente durante al menos 16 semanas, O 3) el recuento actual de plt es inferior a 50,000/mcl y el paciente no depende de transfusiones, O 4) el recuento actual de plt es superior a 200,000/mcl a 400,000/mcl o inferior y la dosis se ajustará para lograr y mantener un recuento objetivo adecuado de plt. APR: respuesta plaquetaria adecuada (más de 50,000/mcl), IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (menos de 50,000/mcl).

Grupo de autorización previa	INHIBIDOR DE LA PROTEINASA ALFA1
Nombres de medicamentos	ARALAST NP, PROLASTIN-C, ZEMAIRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la deficiencia del inhibidor de la proteinasa alfa1: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente Y 2) un nivel de inhibidor de la proteinasa alfa1 sérico previo al tratamiento inferior a 11 micromol/l (80 mg/dl mediante inmunodifusión radial o 50 mg/dl mediante nefelometría).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALUNBRIG
Nombres de medicamentos	ALUNBRIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para linfoma cinasa anaplásico (ALK) recurrente, metástasis cerebrales de CPCNP positivo para ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) la enfermedad es positiva para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AMBRISENTÁN
Nombres de medicamentos	AMBRISENTÁN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ANFETAMINAS
Nombres de medicamentos	ANFETAMINA/DEXTROANFETAMINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ARCALYST
Nombres de medicamentos	ARCALYST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Prevención de crisis de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento reductor de uratos.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan una terapia para reducir el urato (p. ej., alopurinol) (nuevos inicios): 1) dos o más brotes de gota en los 12 meses anteriores, Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y colchicina, Y 3) uso concurrente con terapia reductora del ácido úrico. Para la prevención de brotes de gota en pacientes que inician o continúan una terapia para reducir el urato (p. ej., alopurinol) (continuación): 1) el paciente debe haber logrado o mantenido un beneficio clínico (es decir, un menor número de ataques de gota o menos días de brote) en comparación con el valor basal, Y 2) uso continuo de una terapia para reducir del ácido úrico al mismi tiempo que el medicamento solicitado. Para pericarditis recurrente: el paciente debe haber tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un AINE y colchicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ARMODAFINILO
Nombres de medicamentos	ARMODAFINILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la somnolencia excesiva asociada con la narcolepsia: El diagnóstico ha sido confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con la apnea obstructiva del sueño (AOS): El diagnóstico ha sido confirmado mediante polisomnografía.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AUGTYRO
Nombres de medicamentos	AUGTYRO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AUSTEDO
Nombres de medicamentos	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR PATIENT TITRAT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de Tourette
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AUVELITY
Nombres de medicamentos	AUVELITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para dos de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), mirtazapina o bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AYVAKIT
Nombres de medicamentos	AYVAKIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST) para enfermedad irresecable, recurrente o metastásica sin mutación del exón 18 del receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa (platelet-derived growth factor receptor alpha, PDGFRA).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple todos los criterios siguientes: 1) la enfermedad es positiva para la reordenación del PDGFRA FIP1L1-, Y 2) la enfermedad alberga una mutación D842A del PDGFRA, Y 3) la enfermedad es resistente al imatinib. Para el GIST, el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad alberga la mutación del exón 18 del PDGFRA, incluidas las mutaciones D842V del PDGFRA, O 2) el medicamento solicitado se utilizará después del fracaso en al menos dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) en la enfermedad irresecable, recurrente o metastásica sin mutación del exón 18 del PDGFRA. Para la mastocitosis sistémica: 1) el paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica indolente o mastocitosis sistémica avanzada (incluida mastocitosis sistémica agresiva [aggressive systemic mastocytosis, ASM], mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada [systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm, SM-AHN] y leucemia mastocítica [mast cell leukemia, MCL]) Y 2) el paciente tiene un recuento plaquetario de 50 000/microlitro (mcl).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	B VS. D.
Nombres de medicamentos	ABELCET, ACETILCISTEÍNA, ACICLOVIR SÓDICO, SULFATO DE ALBUTEROL, ANFOTERICINA B, ANFOTERICINA B LIPOSOMAL, APREPITANT, ASTAGRAF XL, AZACITIDINA, AZATIOPRINA, BENDEKA, BUDESONIDA, CALCITONINA DE SALMÓN, CALCITRIOL, CARBOPLATINO, CLORHIDRATO DE CINACALCET, CISPLATINO, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSA 1, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSA 5, CLINIMIX 5%/DEXTROSA 15%, CLINIMIX 5%/DEXTROSA 20%, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINISOL SF 15%, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CICLOFOSFAMIDA, MONOHIDRATO DE CICLOFOSFAMIDA , CICLOSPORINA, CICLOSPORINA MODIFICADA, CITARABINA ACUOSA, DEXAMETASONA, DEXAMETASONA INTENSOL, DEXTROSA 50%, DEXTROSA 70%, TOXOIDE DIFTÉRICO TETÁNICO, DOCETAXEL, HCL DE DOXORUBICINA, DOXORUBICINA HIDROCLORURO, DRONABINOL, ELLENCE, ENGERIX-B, ETOPÓSIDO, EVEROLIMUS, FIASP PUMPCART, FLUOROURACIL, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, HCL DE GEMCITABINA, GEMCITABINA HIDROCLORURO, GENGRAF, HIDROCLORURO DE GRANISETRON, HEPARINA SÓDICA, HEPLISAV-B, HUMULIN-R U-500 (CONCENTRADA, IBANDRONATO DE SODIO, IMOVAX RABIA (HDCV), INTRALIPID, BROMURO DE IPRATROPIO, BROMURO DE IPRATROPIO/SALBUTAMOL, IRINOTECÁN, CLORHIDRATO DE IRINOTECÁN, JYNNEOS, KADCYLA, LEUCOVORINA CÁLCICA, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL LEVOCARNITINA, LIDOCAÍNA HCL, LIDOCAÍNA HIDROCLORURO, LIDOCAÍNA/PRILOCAÍNA, METOTREXATO , METOTREXATO DE SODIO, METILPREDNISOLONA, ACETATO DE METILPREDNISOLONA, METILPREDNISOLONA SÓDICA, SULFATO DE MORFINA, SULFATO DE MORFINA/SODIO C, MICOFENOLATO MOFETIL, ÁCIDO MICOFENÓLICO DR, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRÓN HCL, ONDANSETRÓN HIDROCLORURO, ONDANSETRÓN ODT, OXALIPLATINO, PACLITAXEL, PACLITAXEL UNIDO A PROTEÍNAS, PAMIDRONATO DISÓDICO, PARAPLATIN, PARICALCITOL, PEMETREXED, ISETIONATO DE PENTAMIDINA, PLENAMINA, PREDNISOLONA, PREDNISOLONA SÓDICA FOSP, PREDNISONA, PREDNISONA INTENSOL, PREHEVBRIO, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SANDIMMUNE, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TDVAX, TENIVAC, TPN ELECTROLITOS, TRAVASOL, TROPHAMINE, SULFATO DE VINCRISTINA, TARTRATO DE VINORELBINA, XATMEP , ÁCIDO ZOLEDRÓNICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	N/C

Otros criterios	Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias: es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y la configuración del medicamento para tomar la determinación.

Grupo de autorización previa	BAFIERTAM
Nombres de medicamentos	BAFIERTAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BALVERSA
Nombres de medicamentos	BALVERSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma urotelial: 1) la enfermedad tiene alteraciones genéticas susceptibles del receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3) o del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior para cualquiera de los siguientes: a) carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico , b) carcinoma primario recurrente de uretra, c) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, d) carcinoma urotelial de vejiga con recurrencia metastásica o local después de cistectomía, o e) carcinoma urotelial de vejiga con recurrencia local con invasión muscular o enfermedad persistente en una vejiga preservada.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BANZEL
Nombres de medicamentos	RUFINAMIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Nombres de medicamentos	BENLYSTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Para los pacientes que recién comienzan la terapia: lupus del sistema nervioso central activo grave.
Información médica obligatorio	Para el lupus eritematoso sistémico (LES): 1) El paciente actualmente recibe un régimen estable de terapia estándar (p. ej., corticoesteroides, antipalúdicos o AINE) para el LES; O 2) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de terapia estándar para el LES. Para la nefritis por lupus: 1) El paciente actualmente recibe un régimen estable de terapia estándar (p. ej., corticoesteroides, ciclofosfamida, mofetilo de micofenolato o azatioprina) para la nefritis por lupus; O 2) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de terapia estándar para la nefritis por lupus.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BERINERT
Nombres de medicamentos	BERINERT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
	Para ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (AEH): El paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene AEH con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene AEH con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en una mutación del gen F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF). O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue refractario a una prueba de terapia con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones de edad	5 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BESREMI
Nombres de medicamentos	BESREMI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BETASERON
Nombres de medicamentos	BETASERON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BEXAROTENO
Nombres de medicamentos	BEXAROTENO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma anaplásico cutáneo primario de células grandes (ALCL) CD30 positivo, papulosis linfomatoide (LyP) CD30 positivo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSENTÁN
Nombres de medicamentos	BOSENTÁN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSULIF
Nombres de medicamentos	BOSULIF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia linfoblástica aguda de células B con cromosoma Filadelfia positivo (LLA-B Ph+), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide crónica (LMC), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de leucemia mieloide crónica (LMC) 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 experimentó resistencia a un inhibidor de la tirosina cinasa alternativo, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L, Y 3) el paciente ha experimentado resistencia o intolerancia a imatinib o dasatinib. Para LLA-B, incluidos 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 experimentó resistencia a un inhibidor de la tirosina cinasa alternativo, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRAFTOVI
Nombres de medicamentos	BRAFTOVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Terapia sistémica adyuvante para melanoma cutáneo, adenocarcinoma apendicular
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E, Y 2) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) terapia posterior para enfermedad avanzada o metastásica, b) tratamiento primario para metástasis metacrónicas irresecables. Para melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con binimetinib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRIVIACT
Nombres de medicamentos	BRIVIACT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de crisis convulsivas de inicio parcial (es decir, crisis convulsivas de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom (si tiene 4 años o más), Xcopri (si tiene 18 años o más), Spritam (si tiene 4 años o más).
Restricciones de edad	1 mes de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRIVIACT INYECTABLE
Nombres de medicamentos	BRIVIACT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-

Información médica obligatorio	Para el tratamiento de crisis convulsivas de inicio parcial (es decir, crisis convulsivas de inicio focal): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom (si tiene 4 años o más), Xcopri (si tiene 18 años o más), Spritam (si tiene 4 años o más).
Restricciones de edad	1 mes de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRONCHITOL
Nombres de medicamentos	BRONCHITOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRUKINSA
Nombres de medicamentos	BRUKINSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BUDESONIDA CÁPSULAS
Nombres de medicamentos	BUDESONIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Inducción y mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica en adultos.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica: el paciente ha tenido una recurrencia de los síntomas después de la interrupción de la terapia de inducción.
Restricciones de edad	Enfermedad de Crohn, tratamiento: 8 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses, todas las demás indicaciones: A los 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BUPRENORFINA
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se receta para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides Y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: 1) La paciente está embarazada o amamantando, y el medicamento solicitado se está recetando para terapia de inducción y/o terapia de mantenimiento posterior para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides O 2) El medicamento solicitado se está recetando para terapia de inducción para la transición del uso de opioides al tratamiento de trastorno por consumo de opioides O 3) El medicamento solicitado se está recetando como terapia de mantenimiento para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides en un paciente que es intolerante a la naloxona.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BYDUREON
Nombres de medicamentos	BYDUREON BCISE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	10 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La autorización previa solo se aplica a pacientes cuya reclamación no se presenta con un código ICD-10 que indique un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 O a pacientes que no tienen antecedentes de un medicamento antidiabético (EXCLUYENDO agonistas del receptor del péptido similar al glucagón [GLP- 1 RA] y combinación de polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa [GIP] y GLP-1 RA).

Grupo de autorización previa	BYETTA
Nombres de medicamentos	BYETTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La autorización previa solo se aplica a los pacientes cuya declaración no se presenta con un código ICD-10 que indique un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 O a los pacientes que no tienen antecedentes de un medicamento antidiabético (EXCLUIDOS los agonistas del receptor de péptidos similares al glucagón [glucagon-like peptide receptor agonist (GLP-1 RA] y la combinación de polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa [glucose-dependent insulinotropic polypeptide, GIP] y GLP-1 RA).

Grupo de autorización previa	CABOMETYX
Nombres de medicamentos	CABOMETYX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma de endometrio
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad está avanzada, en recaída o en estadio IV. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) la enfermedad se reordena durante la transinfección (RET) positiva Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para carcinoma hepatocelular: se utilizará el medicamento solicitado como tratamiento posterior. Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): El paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) la enfermedad es irresecable, recurrente/progresiva o metastásica Y el paciente no ha respondido a una terapia aprobada por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib) O 2) el medicamento solicitado se utilizará para paliar los síntomas si se tolera previamente y es eficaz. Para sarcoma de Ewing y osteosarcoma: se utilizará el medicamento solicitado como terapia posterior. Para el cáncer diferenciado de tiroides (CDT) (folicular, papilar, de células de Hürthle): 1) La enfermedad es localmente avanzada o metastásica, 2) la enfermedad ha progresado después de una terapia dirigida al receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR), Y 3) el paciente es refractario a la terapia con yodo radiactivo (RAI) o no es elegible para la RAI. Para el carcinoma de endometrio: 1) la enfermedad es recurrente o metastásica Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE
Nombres de medicamentos	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, ENSTILAR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de la psoriasis: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CALQUENCE
Nombres de medicamentos	CALQUENCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Macroglobulinemia de Waldenstrom (linfoma linfoplasmacítico), linfoma de la zona marginal (incluido linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, linfoma de la zona marginal ganglionar, linfoma esplénico de la zona marginal)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 las localizaciones no gástricas, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se está utilizando para el tratamiento de la enfermedad recidivante, resistente o progresiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CAPRELSA
Nombres de medicamentos	CAPRELSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma diferenciado de tiroides: papilar, folicular y de células de Hurthle.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CARBAGLU
Nombres de medicamentos	ÁCIDO CARGLÚMICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): El diagnóstico de deficiencia de NAGS se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CAYSTON
Nombres de medicamentos	CAYSTON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de los síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de las vías respiratorias por Pseudomonas aeruginosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CERDELGA
Nombres de medicamentos	CERDELGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): 1) El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas, y 2) El estado del metabolizador CYP2D6 del paciente se estableció mediante una prueba aprobada por la FDA, y 3) El paciente es un metabolizador extenso del CYP2D6. un metabolizador intermedio o un metabolizador lento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CEREZYME
Nombres de medicamentos	CEREZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Enfermedad de Gaucher tipo 2, Enfermedad de Gaucher tipo 3.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la enfermedad de Gaucher: 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLOBAZAM
Nombres de medicamentos	CLOBAZAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINA
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE CLOMIPRAMINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Depresión, trastorno de pánico
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de pánico: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Para la depresión: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a dos de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLORAZEPATO
Nombres de medicamentos	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para todas las indicaciones: El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está usando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) hasta que el ISRS/IRSN sea efectivo para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Alivio de la ansiedad a corto plazo: 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.

Grupo de autorización previa	CLOZAPINA ODT
Nombres de medicamentos	CLOZAPINA ODT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COMETRIQ
Nombres de medicamentos	COMETRIQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), carcinoma diferenciado de tiroides: papilar, folicular y de células de Hurthle.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para CPCNP: El medicamento solicitado se utiliza para el CPCNP cuando la enfermedad del paciente expresa reordenamientos del gen reordenado durante la transinfección (RET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COPIKTRA
Nombres de medicamentos	COPIKTRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios, linfoma periférico de células T
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios y linfoma periférico de células T: el paciente tiene una enfermedad recidivante o refractaria. Para linfoma hepatoesplénico de células T: el paciente tiene enfermedad refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COTELLIC
Nombres de medicamentos	COTELLIC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, glioblastoma, astrocitoma, oligodendroglioma), terapia sistémica adyuvante para el melanoma cutáneo.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, glioblastoma, astrocitoma, oligodendroglioma): 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600E, Y 2) El medicamento solicitado se usará junto con vemurafenib. Para melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará junto con vemurafenib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CYSTADROPS
Nombres de medicamentos	CYSTADROPS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico fue confirmado mediante CUALQUIERA de los siguientes: a) la presencia de un aumento de la concentración de cistina en los leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante un examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CYSTAGON
Nombres de medicamentos	CYSTAGON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la cistinosis nefropática: El diagnóstico fue confirmado mediante CUALQUIERA de los siguientes: 1) la presencia de una mayor concentración de cistina en los leucocitos, O 2) pruebas genéticas, O 3) demostración de cristales de cistina corneales mediante un examen con lámpara de hendidura.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CYSTARAN
Nombres de medicamentos	CYSTARAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico fue confirmado mediante CUALQUIERA de los siguientes: a) la presencia de un aumento de la concentración de cistina en los leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante un examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINA
Nombres de medicamentos	DALFAMPRIDINA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la esclerosis múltiple, el paciente debe cumplir con lo siguiente: Para los nuevos comienzos, antes de iniciar la terapia, el paciente demuestra una impedimento sostenido para caminar. Para continuar la terapia: el paciente debe haber experimentado una mejora en la velocidad al caminar U otra medida objetiva de la capacidad para caminar desde que comenzó a tomar el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DAURISMO
Nombres de medicamentos	DAURISMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Terapia posterior a la inducción después de la respuesta a la terapia previa con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (LMA). LMA en recaída/refractaria como componente de la repetición del régimen de inducción inicial exitoso.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide aguda: 1) el medicamento solicitado debe usarse junto con citarabina, 2) el paciente tiene 75 años de edad o más O tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva, Y 3) el medicamento solicitado se usará como tratamiento para la terapia de inducción, terapia posinducción, o enfermedad recidivante o refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEFERASIROX
Nombres de medicamentos	DEFERASIROX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre: el nivel de ferritina sérica previo al tratamiento es superior a 1000 mcg/L.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEMSER
Nombres de medicamentos	METIROSINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un antagonista alfa-adrenérgico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DESVENLAFAXINA
Nombres de medicamentos	DESVENLAFAXINA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el trastorno depresivo mayor (TDM): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEXMETILFENIDATO
Nombres de medicamentos	DEXMETILFENIDATO HCL, DEXMETILFENIDATO HIDROC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Fatiga relacionada con el cáncer
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de que se hayan descartado otras causas de fatiga.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DHE NASAL
Nombres de medicamentos	DIHIDROERGOTAMINA MESILATO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Se negará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).
Información médica obligatorio	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor triptán 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DIACOMITA
Nombres de medicamentos	DIACOMITA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	6 meses de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres de medicamentos	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para todas las indicaciones: El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está usando simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) hasta que el ISRS/IRSN sea efectivo para los síntomas de ansiedad, O 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad-1 mes, espasmo del músculo esquelético-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 acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	DOPTELETO
Nombres de medicamentos	DOPTELETO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para trombocitopenia en pacientes con enfermedad hepática crónica: El recuento de plaquetas no transfundidas antes de un procedimiento programado es inferior a 50 000/mcL. Para la trombocitopenia inmune crónica (PTI): 1) Para nuevos comienzos: a) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada o es intolerante a una terapia previa como corticosteroides o inmunoglobulinas, Y b) El recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30 000/mcL O 30 000 a 50 000/mcL con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental donde se anticipa pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad de úlcera péptica e hipertensión, terapia de anticoagulación, profesión o estilo de vida que predisponga al paciente a trauma). 2) Para la continuación de la terapia, respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: a) El recuento de plaquetas actual es menor o igual a 200,000/mcL O b) El recuento de plaquetas actual es mayor a 200,000/mcL y menor o igual a 400,000/mcL y la dosis se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Enfermedad crónica del hígado: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, reautorización ITP: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DRIZALMA
Nombres de medicamentos	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	Dolor oncológico, dolor neuropático inducido por la quimioterapia
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetina O 2) El paciente no puede tomar cápsulas de duloxetina por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar cápsulas, requiere administración mediante sonda nasogástrica).
Restricciones de edad	Trastorno de ansiedad generalizado: 7 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DUPIXENT
Nombres de medicamentos	DUPIXENT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la dermatitis atópica (AD), terapia inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave, Y 2) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor de la calcineurina tópico, O los corticosteroides tópicos y los inhibidores de la calcineurina tópicos no son recomendables para el paciente. Para la AD, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el asma dependiente de corticosteroides orales, terapia inicial: El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: 1) Corticosteroide inhalado en dosis altas Y 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 intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma de moderada a grave, tratamiento inicial: El paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro y su asma permanece inadecuadamente controlada a pesar del tratamiento actual con los siguientes medicamentos: 1) Corticosteroide inhalado en dosis medias a altas Y 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 intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción de la dosis diaria de mantenimiento de corticoides orales. Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario, Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona).
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 6 meses de edad o más, Asma: 6 años de edad o más, rinosinusitis crónica con poliposis nasal y prurigo nodularis: 18 años de edad o más, esofagitis eosinofílica: 1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Dermatitis atópica (AD), inicial: 4 meses, prurigo nodular (PN), inicial: 6 meses, todos los demás: Año del plan

Otros criterios	Para la esofagitis eosinofílica (EoE), terapia inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante biopsia esofágica, Y 2) El paciente pesa al menos 15 kilogramos, Y 3) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para un corticosteroide tópico (p. ej., propionato de fluticasona o budesonida). Para la EoE, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el prurigo nodular (PN), tratamiento inicial: El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico O los corticosteroides tópicos no son recomendables para el paciente. Para PN, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Grupo de autorización previa	ELIGARD
Nombres de medicamentos	ELIGARD
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumores recurrentes de glándulas salivales positivos para receptores de andrógenos
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EMSAM
Nombres de medicamentos	EMSAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el trastorno depresivo mayor (TDM): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) O 2) El paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ENBREL
Nombres de medicamentos	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Hidradenitis supurativa, espondiloartritis axial no radiográfica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): se ven afectadas al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico. Para la hidradenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ENDARI
Nombres de medicamentos	ENDARI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	5 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPCLUSA
Nombres de medicamentos	EPCLUSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC 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 resistencia cuando corresponda, estado del trasplante si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Association for the Study of Liver Diseases y Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA) (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX
Nombres de medicamentos	EPIDIOLEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPRONTIA
Nombres de medicamentos	EPRONTIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de crisis convulsivas de inicio parcial (es decir, crisis convulsivas de inicio focal): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom (si tiene 4 años o más), Xcopri (si tiene 18 años o más), Spritam (si tiene 4 años o más). Para el tratamiento en monoterapia de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a los comprimidos o cápsulas de topiramato, O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento adyuvante de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) si el paciente tiene 6 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. Para el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a los comprimidos o cápsulas de topiramato, O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones de edad	Epilepsia: 2 años de edad o más, migraña: 12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERGOTAMINA
Nombres de medicamentos	TARTRATO DE ERGOTAMINA/CAFEÍNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Se negará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).
Información médica obligatorio	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista de triptán 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE
Nombres de medicamentos	ERIVEDGE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Meduloblastoma en adultos
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para meduloblastoma en adultos: el paciente ha recibido terapia sistémica previa Y tiene tumores con mutaciones en la vía Sonic Hedgehog.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERLEADA
Nombres de medicamentos	ERLEADA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERLOTINIB
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE ERLOTINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (CCR) en recaída o en estadio IV, metástasis cerebrales de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), cáncer de páncreas recurrente.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para CPCNP (incluidas metástasis cerebrales de CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica y 2) el paciente tiene una enfermedad sensibilizante con mutación positiva del EGFR. Para el cáncer de páncreas: la enfermedad es localmente avanzada, irresecable, recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ESBRIET
Nombres de medicamentos	PIRFENIDONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos comienzos): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) del tórax o una biopsia de pulmón revela el patrón de neumonía intersticial usual (NIU), O 2) un estudio de TCAR del tórax revela un resultado distinto al patrón de NIU (p. ej., NIU probable , indeterminado para NIU) 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EVERÓLIMUS
Nombres de medicamentos	EVERÓLIMUS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico previamente tratados, sarcoma de tejido blando (tumores de células epitelioides perivasculares (PEComa) y subtipos de linfangioleiomiomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados, carcinoma de tiroides (papilar, de células de Hurthle y folicular), carcinoma de endometrio, neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente, irresecable, avanzada o metastásica con receptor hormonal (HR) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, Y 2) El medicamento solicitado se prescribe junto con exemestano, fulvestrant o tamoxifeno. Y 3) El medicamento solicitado se utiliza 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 (ASCG): El medicamento solicitado se administra como tratamiento adyuvante. Para tumores del estroma gastrointestinal: La enfermedad es recurrente/progresiva, irresecable o metastásica Y el paciente no respondió a una terapia aprobada por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) sintomática o en recaída/refractaria, la enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o en recaída/refractaria y la histiocitosis de células de Langerhans (HCL): el paciente debe tener una mutación en la subunidad catalítica alfa de fosfatidilinositol-4,5-bifosfato 3-quinasa (PIK3CA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Nombres de medicamentos	FABRAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: 1) el diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, O 2) el paciente es un portador obligado sintomático.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FANAPT
Nombres de medicamentos	FANAPT, PAQUETE DE TITRACIÓN FANAPT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un Vraylar de marca.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FASENRA
Nombres de medicamentos	FASENRA, PLUMA FASENRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Asma grave, terapia inicial: 1) O a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro O b) el paciente depende de corticoesteroides sistémicos; y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los medicamentos siguientes: a) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta y b) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Asma grave, continuación de la terapia: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PARCHE DE FENTANILO
Nombres de medicamentos	FENTANILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia de células falciformes, una afección terminal o el dolor que se controla mediante cuidados paliativos O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El medicamento solicitado se receta para un dolor lo suficientemente intenso como para requerir un tratamiento diario, las 24 horas del día y a largo plazo en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) El paciente puede tomar con seguridad la dosis solicitada según su historial del uso de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado únicamente por profesionales de la salud que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico.] Y 3) El paciente ha sido evaluado y será monitoreado para detectar el desarrollo de un trastorno por consumo de opioides Y 4) Esta solicitud es para la continuación de la terapia 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres de medicamentos	FETZIMA, PAQUETE DE TITRACIÓN FETZIMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el trastorno depresivo mayor (TDM): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FINTEPLA
Nombres de medicamentos	FINTEPLA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FIRMAGON
Nombres de medicamentos	FIRMAGON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FLUCITOSINA
Nombres de medicamentos	FLUCITOSINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	6 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FOTIVDA
Nombres de medicamentos	FOTIVDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma de células renales avanzado: se deben cumplir los siguientes criterios: 1) La enfermedad es recidivante o refractaria, 2) El medicamento solicitado debe usarse después de al menos dos terapias sistémicas previas, y 3) El paciente ha experimentado progresión de la enfermedad o un evento adverso intolerable con un ensayo de Cabometyx (cabozantinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FRUZAQLA
Nombres de medicamentos	FRUZAQLA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FYCOMPA
Nombres de medicamentos	FYCOMPA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de 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 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento complementario de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un anticonvulsivo genérico Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Spritam.
Restricciones de edad	Convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 4 años de edad o más. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GATTEX
Nombres de medicamentos	GATTEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la terapia inicial del síndrome del intestino corto (SIC): 1) Si la solicitud es para un paciente adulto, el paciente ha dependido del apoyo parenteral durante al menos 12 meses O 2) Si la solicitud es para un paciente pediátrico, el paciente depende del apoyo parenteral. Para SBS, continuación: La necesidad de apoyo parenteral ha disminuido desde el inicio durante el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un gastroenterólogo, cirujano gastrointestinal o especialista en apoyo nutricional.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GAVRETO
Nombres de medicamentos	GAVRETO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas positivo para reordenamiento recurrente durante la transinfección (RET)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) El tumor se reordena durante la transinfección (RET) con fusión positiva o reordenamiento de RET positivo.
Restricciones de edad	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años de edad o más. Cáncer medular de tiroides y cáncer de tiroides: 12 años de edad o más.
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres de medicamentos	FINGOLIMOD
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GILOTRIF
Nombres de medicamentos	GILOTRIF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): El paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) El paciente tiene CPCNP escamoso metastásico que progresó después de la quimioterapia basada en platino, O 2) El paciente tiene una enfermedad con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GLATIRAMER
Nombres de medicamentos	ACETATO DE GLATIRAMER, GLATOPA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HORMONA DEL CRECIMIENTO
Nombres de medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQUICK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas.
Información médica obligatorio	Deficiencia pediátrica de la hormona del crecimiento (DHC): El paciente (pt) es un recién nacido o se le diagnosticó DHC cuando era un recién nacido O cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) menor de 2.5 años (yo) con altura (ht) previa al tratamiento (pre-tx) más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta O 2) 2.5 años o más Y uno de los siguientes: a) velocidad de crecimiento de 1 año antes del tratamiento más de 2 SD por debajo de la media O b) altura de crecimiento de 1 año antes del tratamiento más de 2 SD por debajo de la media y velocidad de crecimiento de 1 año más de 1 SD por debajo de la media, Y el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) no pasó 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (HC) previas al tratamiento (pico inferior a 10 ng/mL), O 2) trastorno pituitario/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) pre-tratamiento más de 2 SD por debajo de la media. Síndrome de Turner (ST): 1) Confirmado mediante cariotipo Y 2) la altura previa al tratamiento es inferior al percentil 5 para la edad. Pequeño para la edad gestacional (PEG): 1) Peso al nacer (peso) inferior a 2500 g en edad gestacional (EG) mayor de 37 semanas, O peso al nacer o longitud por debajo del percentil 3 para EG o al menos 2 SD por debajo de la media para EG, Y 2) no manifestó recuperación de crecimiento a los 2 años.
Restricciones de edad	SGA: 2 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo, nefrólogo, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional o genetista.
Duración de la cobertura	Año del plan

Otros criterios	DHC para adultos: Pt cumple cualquiera de los siguientes: 1) no pasó 2 pruebas de estimulación con HC antes del tratamiento, O 2) IGF-1 antes del tratamiento más de 2 SD por debajo de la media Y no pasó 1 prueba de estimulación con HC antes del tratamiento. (Nota: Las pruebas de estimulación incluyen: a) prueba de tolerancia a la insulina [ITT] [pico de HC inferior o igual a 5 ng/ml], o b) prueba de estimulación con Macrilen [nivel máximo de HC inferior a 2,8 ng/ml], o c) glucagón- prueba de estimulación [GST] [nivel máximo de HC menor o igual a 3 ng/ml] para pacientes con un índice de masa corporal [IMC] de 25 a 30 kg/m2 y alta probabilidad previa a la prueba de DHC [p. ej., anomalías estructurales adquiridas] o IMC menos de 25 kg/m2, o d) GST [nivel máximo de HC menor o igual a 1 ng/ml] en pacientes con IMC de 25-30 kg/m2 y baja probabilidad previa a la prueba de DHC o IMC mayor de 30 kg/m2) , O 3) enfermedad orgánica hipotalámico-hipofisaria (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias de hormonas hipofisarias Y IGF-1 pre-tratamiento más de 2 SD por debajo de la media, O 4) enfermedad hipotalámica-hipofisaria genética o estructural. defectos hipofisarios, O 5) DHC de inicio en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo/hipófisis/SNC. Renovación para DHC pediátrico, TS, SGA y DHC para adultos: El paciente está experimentando mejoría.
Grupo de autorización previa	HAEGARDA
Nombres de medicamentos	HAEGARDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la prevención de ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (AEH): El paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) el paciente tiene angioedema hereditario (AEH) con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene angioedema hereditario con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo para un F12 , angiopoyetina-1, plasminógeno, quininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (MYOF) O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema era refractario a un ensayo de terapia con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HARVONI
Nombres de medicamentos	HARVONI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC 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 resistencia cuando corresponda, estado del trasplante si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Association for the Study of Liver Diseases y Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA) (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicaron de manera consistente con la guía actual de AASLD-IDSA. Recordatorio para la opción de 8 semanas si corresponde.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN
Nombres de medicamentos	HERCEPTIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el 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 leptomeníngeas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, cáncer de mama HER2 positivo y adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal de tipo salvaje RAS y BRAF con amplificación de HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, hepatobiliar metastásico o irresecable HER2 positivo carcinoma (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN HYLECTA
Nombres de medicamentos	HERCEPTIN HYLECTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	HERZUMA
Nombres de medicamentos	HERZUMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el 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 leptomeníngeas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, cáncer de mama HER2 positivo y adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal de tipo salvaje RAS y BRAF con amplificación de HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, hepatobiliar metastásico o irresecable HER2 positivo carcinoma (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	HETLIOZ
Nombres de medicamentos	TASIMELTEON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el trastorno de sueño-vigilia distinto de las 24 horas: 1) Para la terapia inicial y la continuación de la terapia, el paciente debe cumplir con ambos de los siguientes: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas que no funcionan) y b) incapaz de percibir la luz en ninguno de los ojos, Y 2) si actualmente está en tratamiento terapia con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir al menos uno de los siguientes: a) aumento del sueño nocturno total o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para los trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) Para la terapia inicial y la terapia de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS Y 2) Si actualmente está en terapia con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una mejora en la calidad del sueño desde que comenzó la terapia.
Restricciones de edad	distinto de las 24 horas: 18 años de edad o más. SMS: 16 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en trastornos del sueño, neurólogo o psiquiatra.
Duración de la cobertura	Iniciación: 6 meses, renovación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ANTICONVULSIVOS HRM
Nombres de medicamentos	FENOBARBITAL, FENOBARBITAL SÓDICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Epilepsia
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	ANTIPARKINSON HRM
Nombres de medicamentos	MESILATO DE BENZTROPINA, TRIHEXIFENIDILO HCL, TRIHEXIFENIDILO HIDROCLORO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. EPS (síntomas extrapiramidales): 1) El paciente no ha probado el medicamento alternativo no HRM amantadina Y 2) El paciente tiene una contraindicación para el medicamento alternativo no HRM amantadina O 3) El paciente ha probado el medicamento alternativo no HRM amantadina Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo no HRM amantadina. Parkinson: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol. Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	CIPROHEPTADINA HRM
Nombres de medicamentos	CIPROHEPTADINA HCL, CIPROHEPTADINA HIDROCLORO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Prurito, espasticidad debido a lesión de la médula espinal.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales 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 experimentó 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	DIPIRIDAMOL HRM
Nombres de medicamentos	DIPIRIDAMOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	GUANFACINE ER HRM
Nombres de medicamentos	GUANFACINA ER, CLORHIDRATO DE GUANFACINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	GUANFACINA IR HRM
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE GUANFACINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	HIDROXIZINA HRM
Nombres de medicamentos	HIDROXIZINA HCL, CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA, EMBONATO DE HIDROXIZINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada O 3) El paciente no ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada Y 4) El paciente tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, diciclomina, ciclobenzaprina) con el medicamento solicitado, el médico que prescribe ha determinado que tomar múltiples 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE HIDROXIZINA HRM
Nombres de medicamentos	HIDROXIZINA HCL, CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Para el síndrome de abstinencia de alcohol: 1) El paciente no ha probado alguno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam Y 2) El paciente tiene una contraindicación para uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam O 3) El paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam Y 4) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam. Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada O 3) El paciente no ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada Y 4) El paciente tiene ansiedad aguda.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	HIPNÓTICOS HRM
Nombres de medicamentos	TARTRATO DE ZOLPIDEM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el insomnio: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes: a) el paciente tiene una contraindicación para el medicamento alternativo doxepina (3 mg o 6 mg) que no es HRM (medicamento que no es de alto riesgo) O b) El medicamento que no es HRM (que no es de alto riesgo) Se ha probado el medicamento alternativo doxepina (3 mg o 6 mg) Y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo doxepina (3 mg o 6 mg) que no es HRM (medicamento que no es de alto riesgo) Y 2) El médico debe reconocer que el beneficio de la terapia con este medicamento prescrito supera los riesgos potenciales para este paciente Y 3) Si el paciente está usando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam , escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, el médico que prescribe ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos para el sistema nervioso central (SNC) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente). Se aplica a más de 90 días acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	PROMETAZINA HRM
Nombres de medicamentos	PROMETAZINA HCL, PROMETAZINA HCL SIMPLE, CLORHIDRATO DE PROMETAZINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales 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 experimentó 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	ESCOPOLAMINA HRM
Nombres de medicamentos	ESCOPOLAMINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Salivación excesiva
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS HRM
Nombres de medicamentos	CICLOBENZAPRINA HIDROCLORO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, diciclomina, hidroxicina) con el medicamento solicitado, el médico que prescribe ha determinado que tomar múltiples 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulativos de terapia por año.

Grupo de autorización previa	HUMIRA
Nombres de medicamentos	HUMIRA, HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): se ven afectadas al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la uveítis no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides.

Grupo de autorización previa	IBRANCE
Nombres de medicamentos	IBRANCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Liposarcoma irresecable bien diferenciado/desdiferenciado del retroperitoneo, cáncer de mama recurrente con receptor hormonal positivo y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ICATIBANT
Nombres de medicamentos	ACETATO DE ICATIBANT, SAJAZIR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (AEH): El paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) el paciente tiene AEH con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio O 2) el paciente tiene AEH con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo para un F12 , angiopoyetina-1, plasminógeno, quininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (MYOF) O b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema era refractario a un ensayo de terapia con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ICLUSIG
Nombres de medicamentos	ICLUSIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en fase crónica o blástica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide crónica (LMC), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el paciente tiene leucemia mieloide crónica en fase acelerada o blástica y no está indicado ningún otro inhibidor de la quinasa O 2) el paciente tiene leucemia mieloide crónica en fase crónica y ha experimentado resistencia o intolerancia a al menos 2 inhibidores de quinasa previos Y al menos uno de ellos fue imatinib o dasatinib O 3) el paciente tiene positivo para la mutación T315I. Para la leucemia linfoblástica aguda (LLA), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IDACIO
Nombres de medicamentos	ADALIMUMAB-AACF, IDACIO, IDACIO STARTER PACKAGE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): se ven afectadas al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la uveítis no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides.

Grupo de autorización previa	IDHIFA
Nombres de medicamentos	IDHIFA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia mieloide aguda recién diagnosticada
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide aguda (LMA) con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene 60 años o más con leucemia mieloide aguda recién diagnosticada y cumple uno de los siguientes requisitos: a) el paciente no es candidato para la terapia de inducción intensiva, o b) el paciente rechaza la quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el paciente tiene 60 años de edad o mayor y el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior a la inducción después de la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado, O 3) el paciente tiene LMA en recaída o refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMATINIB
Nombres de medicamentos	MESILATO DE IMATINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumores desmoides, sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes (PVNS/TGCT), cordoma recurrente, melanoma, sarcoma de Kaposi, enfermedad de injerto contra huésped crónica (cGVHD), leucemia linfoblástica aguda de células T con translocación de clase ABL, mastocitosis sistémica agresiva para mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando hay eosinofilia con el gen de fusión FIP1L1-PDGFRA, neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1, FIP1L1-PDGFRA o PDGFRB en la fase crónica o fase blástica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide crónica (LMC) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (LLA Ph+), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para la LMC: el paciente no fracasó (excluyendo el fracaso por intolerancia) a la terapia previa con un inhibidor de la tirosina cinasa. Para melanoma: la mutación c-Kit es positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA
Nombres de medicamentos	IMBRUVICA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	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, linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, linfoma ganglionar de la zona marginal, linfoma esplénico de la zona marginal)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se usará como terapia de segunda línea o posterior, O 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con rituximab como tratamiento previo a la terapia de inducción con RHyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina, y dexametasona), O 3) el medicamento solicitado se utilizará como terapia de inducción agresiva. Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma de la zona marginal extraganglionar del estómago, el linfoma de la zona marginal extraganglionar de sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma de la zona marginal esplénica): el medicamento solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para la leucemia de células pilosas: el medicamento solicitado se utilizará como agente único para la progresión de la enfermedad. Para el linfoma primario del SNC: 1) la enfermedad es recurrente o refractaria, O 2) el medicamento solicitado se usa para terapia de inducción como agente único. Para linfoma difuso de células B grandes y linfoma de células B de alto grado: el fármaco solicitado se utilizará como terapia de segunda línea o posterior. Para el linfoma de células B relacionado con el VIH: el medicamento solicitado se utilizará como agente único y como terapia de segunda línea o posterior para la enfermedad recidivante. Para trastornos linfoproliferativos postrasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioinmunoterapia previa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INBRIJA
Nombres de medicamentos	INBRIJA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento inicial de episodios "inactivos" en la enfermedad de Parkinson: 1) El paciente está siendo tratado actualmente con carbidopa/levodopa oral, 2) El paciente no tiene ninguno de los siguientes: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otra enfermedad pulmonar crónica subyacente. Para el tratamiento de continuación de episodios "inactivos" en la enfermedad de Parkinson: El paciente está experimentando una mejoría con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INCRELEX
Nombres de medicamentos	INCRELEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas.
Información médica obligatorio	Para el retraso del crecimiento debido a una deficiencia grave del factor de crecimiento primario similar a la insulina 1 (IGF-1) o a la deleción del gen de la hormona del crecimiento (HC) en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la HC, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos antes de comenzar la terapia con el medicamento solicitado (solo nuevos inicios): 1) altura 3 o más desviaciones estándar (SD) por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo Y 2) nivel basal de IGF-1, 3 o más SD por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo Y 3) prueba de estimulación de la hormona del crecimiento que muestra un nivel normal o elevado de la hormona del crecimiento. Para el retraso del crecimiento debido a una deficiencia primaria grave de IGF-1 o a una deleción del gen de la HC en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la HC, continuación del tratamiento: el paciente está experimentando una mejoría.
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INLYTA
Nombres de medicamentos	INLYTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma de tiroides (papilar, de células de Hurthle o folicular), sarcoma alveolar de partes blandas
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad está avanzada, en recaída o en estadio IV.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INQOVI
Nombres de medicamentos	INQOVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INREBIC
Nombres de medicamentos	INREBIC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de janus cinasa 2 (JAK2), mielofibrosis en fase acelerada, mielofibrosis en fase blástica/leucemia mieloide aguda
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IR ANTES DE ER
Nombres de medicamentos	BITARTRATO DE HIDROCODONA ER, HYSINGLA ER, METADONA HCL, CLORHIDRATO DE METADONA I, SULFATO DE MORFINA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia de células falciformes, una afección terminal o el dolor que se controla mediante cuidados paliativos O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El medicamento solicitado se receta para un dolor lo suficientemente intenso como para requerir un tratamiento diario, las 24 horas del día y a largo plazo en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) El paciente puede tomar con seguridad la dosis solicitada según su historial del uso de opioides [Nota: Este medicamento debe ser recetado únicamente por profesionales de la salud que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico.] Y 3) El paciente ha sido evaluado y será monitoreado para detectar el desarrollo de un trastorno por consumo de opioides Y 4) Esta solicitud es para la continuación de la terapia 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IRESSA
Nombres de medicamentos	GEFITINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para CPCNP: 1) la enfermedad debe ser metastásica, avanzada o recurrente y 2) el paciente debe tener una mutación sensibilizante del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ISOTRETINOÍNA
Nombres de medicamentos	ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOÍNA, ZENATANE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Acné vulgar refractario, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary), alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (cánceres de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (Enfermedad de Darier), ictiosis laminar, pitiriasis rubra pilaris.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ITRACONAZOL
Nombres de medicamentos	ITRACONAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Coccidioidomicosis, profilaxis de coccidioidomicosis en la infección por VIH, criptococosis, microsporidiosis, talaromicosis (anteriormente penicilliosis), profilaxis de histoplasmosis en la infección por VIH, profilaxis de infecciones fúngicas invasivas en trasplante de hígado, enfermedad granulomatosa crónica (EGC) y neoplasias malignas hematológicas, esporotricosis, pitiriasis versicolor, tiña versicolor, Tinea corporis, Tinea cruris, Tinea capitis, Tinea manuum, Tinea pedis, tratamiento primario para la aspergilosis broncopulmonar alérgica, tratamiento primario para la aspergilosis pulmonar crónica cavitada o subaguda invasiva (necrotizante)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la onicomicosis provocada por dermatofitos (Tinea unguium), el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba de diagnóstico de hongos (p. ej., preparación de hidróxido de potasio [KOH], cultivo de hongos o biopsia de uñas). Para el tratamiento primario de la aspergilosis broncopulmonar alérgica, el fármaco solicitado se inicia en combinación con corticosteroides sistémicos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Histo diseminado/SNC, histo/CM/CGD ppx, PA crónica cavitada/necrotizante: 12 meses. Otros: 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IVERMECTINA ENTABLETAS
Nombres de medicamentos	IVERMECTINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Ascariasis, Larva migrans cutánea, Mansoneliasis, Sarna, Gnatostomiasis, Pediculosis
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IGIV
Nombres de medicamentos	BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD S/D IGA MENOS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia linfocítica crónica (LLC) de células B: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dL O 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 posteriores al trasplante O 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 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 2) el paciente no puede recibir la terapia 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	IWILFIN
Nombres de medicamentos	IWILFIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	JAKAFI
Nombres de medicamentos	JAKAFI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Mielofibrosis de menor riesgo, mielofibrosis en fase acelerada, mielofibrosis en fase blástica/leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica aguda (LLA), leucemia mielomonocítica crónica (CMML)-2, síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia, trombocitemia esencial y Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para policitemia vera: el paciente tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con interferón o hidroxiurea. Para la leucemia linfoblástica aguda: el paciente tiene una mutación del factor 2 similar al receptor de citoquinas (CRLF2) o una mutación asociada con la activación de la vía Janus cinasa/transductores de señal y activadores de la transcripción (JAK/STAT). Para CMML-2: el fármaco solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: el medicamento solicitado se usa como agente único o junto con un agente hipometilante. Para trombocitemia esencial: el paciente tuvo una respuesta inadecuada o pérdida de respuesta a la hidroxiurea, la terapia con interferón o 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	JAYPIRCA
Nombres de medicamentos	JAYPIRCA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas (chronic lymphocytic leukemia [CLL]/small lymphocytic lymphoma [SLL]): el paciente cumple ambos de los siguientes criterios 1) el paciente ha recibido tratamiento previo con uno de los siguientes productos: Imbruvica (ibrutinib), Brukinsa (zanubrutinib) o Calquence (acalabrutinib), Y 2) el paciente ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de la proteína 2 del linfoma de linfocitos B (B-cell lymphoma 2, BCL-2).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KALYDECO
Nombres de medicamentos	KALYDECO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la fibrosis quística (FQ): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KANJINTI
Nombres de medicamentos	KANJINTI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el 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 leptomeníngeas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, cáncer de mama HER2 positivo y adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal de tipo salvaje RAS y BRAF con amplificación de HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, hepatobiliar metastásico o irresecable HER2 positivo carcinoma (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	KESIMPTA
Nombres de medicamentos	KESIMPTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KETOCONAZOL
Nombres de medicamentos	KETOCONAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de Cushing
Criterio de exclusión	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos que están contraindicados con tabletas de ketoconazol: dofetilida, quinidina, pimozida, cisaprida, metadona, disopiramida, dronedarona, ranolazina, alcaloides del cornezuelo de centeno, irinotecán, lurasidona, midazolam oral, alprazolam, triazolam, felodipina, nisoldipino, tolvaptán, eplerenona, lovastatina. , simvastatina o colchicina.
Información médica obligatorio	Los beneficios potenciales superan los riesgos del tratamiento con ketoconazol oral. Para las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene cualquiera 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 tolera la cirugía o donde la cirugía no ha sido curativa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KEVZARA
Nombres de medicamentos	KEVZARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido .1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido.1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato (MTX) O 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido. Para polimialgia reumática (PMR) (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con corticosteroides O 2) El paciente ha experimentado un brote de la enfermedad al intentar reducir gradualmente los corticosteroides.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KEYTRUDA
Nombres de medicamentos	KEYTRUDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KISQALI
Nombres de medicamentos	KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSIS, KISQALI FEMARA 400 DOSIS, KISQALI FEMARA 600 DOSIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama recurrente con receptor hormonal positivo y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), negativo, junto con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KORLYM
Nombres de medicamentos	KORLYM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KOSELUGO
Nombres de medicamentos	KOSELUGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Fusión BRAF o astrocitoma pilocítico progresivo o recurrente con mutación activadora BRAF V600E positiva
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	Para la neurofibromatosis tipo 1: 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KRAZATI
Nombres de medicamentos	KRAZATI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LAPATINIB
Nombres de medicamentos	DITOSILATO DE LAPATINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente, cordoma positivo al receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) recurrente, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y de tipo salvaje RAS y BRAF (incluido adenocarcinoma apendicular).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de mama, la paciente cumple con todos los siguientes requisitos: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica (incluidas metástasis cerebrales), b) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), c) el medicamento solicitado se utilizará junto con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de la aromatasa, 2) capecitabina, O 3) trastuzumab. Para el cáncer colorrectal: 1) el medicamento solicitado se usará junto con trastuzumab y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LENVIMA
Nombres de medicamentos	LENVIMA DOSIS DIARIA DE 10 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 12 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 14 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 18 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 20 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 24 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 4 MG, LENVIMA DOSIS DIARIA DE 8 MG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma de endometrio recurrente, carcinoma tímico
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer diferenciado de tiroides (folicular, papilar o de células de Hurthle): la enfermedad no es susceptible de terapia con yodo radiactivo y es irresecable, localmente recurrente, persistente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: la enfermedad es irresecable o inoperable, local, metastásica o con una carga tumoral hepática extensa. En el caso del carcinoma de células renales, la enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV. Para el carcinoma de endometrio, la paciente cumple TODOS los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, 2) El medicamento solicitado se usará junto con pembrolizumab, 3) El paciente experimentó progresión de la enfermedad después de una terapia sistémica previa, Y 4) El paciente no es candidato para cirugía curativa o radiación.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LEUPROLIDA
Nombres de medicamentos	ACETATO DE LEUPROLIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Úselo junto con la hormona del crecimiento en niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de glándulas salivales con receptores de andrógenos positivos y pubertad precoz central.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la pubertad precoz central (PPC): Los pacientes que actualmente no reciben terapia deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) El diagnóstico de PPC se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea versus la edad cronológica apoya el diagnóstico de PPC 3) La aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para los pacientes masculinos.
Restricciones de edad	PPC: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PARCHES DE LIDOCAÍNA
Nombres de medicamentos	LIDOCAÍNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con el cáncer (incluida la neuropatía relacionada con el tratamiento [p. ej., neuropatía asociada con radioterapia o quimioterapia]).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LONSURF
Nombres de medicamentos	LONSURF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): La enfermedad es avanzada o metastásica. Para el adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica, se deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) La enfermedad es irresecable localmente avanzada, recurrente o metastásica, y 2) El paciente ha sido tratado previamente con al menos dos líneas previas de quimioterapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LORBRENA
Nombres de medicamentos	LORBRENA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente positivo para linfoma cinasa anaplásico (ALK). CPCNP recurrente, avanzado o metastásico con reordenamiento represor del silenciamiento (ROS)-1 positivo después de la progresión con crizotinib, entrectinib o ceritinib. Enfermedad de Erdheim-Chester ALK positiva sintomática o recidivante/refractaria. Tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para CPCNP recurrente, avanzado o metastásico: El paciente tiene enfermedad ALK positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUMAKRAS
Nombres de medicamentos	LUMAKRAS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) positivo para KRAS G12C recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Nombres de medicamentos	LUMIZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la enfermedad de Pompe: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PED LUPRON
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT-PED, LUPRON DEPOT-PED (1 MES, LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la pubertad precoz central (PPC): Los pacientes que actualmente no reciben terapia deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) El diagnóstico de PPC se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea versus la edad cronológica apoya el diagnóstico de PPC 3) La aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para los pacientes masculinos.
Restricciones de edad	PPC: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
Nombres de medicamentos	LUPRON DEPOT (1-MES), LUPRON DEPOT (3-MESES)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama, cáncer epitelial de ovario/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, tumor de glándula salival recurrente con receptor de andrógenos positivo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el retratamiento de la endometriosis, el fármaco solicitado se utiliza en combinación con acetato de noretisterona. Para los fibromas uterinos, la paciente debe cumplir uno de los siguientes: 1) Diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito menor o igual al 30 por ciento y/o hemoglobina menor o igual a 10 g/dL), O 2) el medicamento solicitado se usará antes de la cirugía de fibromas uterinos. Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado se utiliza para la enfermedad con receptor hormonal (HR) positivo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Fibromas: 3 meses, máximo 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo 12 meses en total. Otros: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LYNPARZA
Nombres de medicamentos	LYNPARZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama recurrente o metastásico HER2 positivo, mutación de la línea germinal BRCA 1/2, cáncer de mama recurrente o metastásico HER2 positivo, mutación de la línea germinal BRCA 1/2, leiomiosarcoma uterino.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad tiene una mutación de la línea germinal BRCA 1/2. Para el cáncer de próstata: 1) El paciente tiene una mutación BRCA y el medicamento solicitado se usará en combinación con abiraterona y prednisona o prednisolona O 2) El paciente ha progresado con un tratamiento previo con una terapia dirigida al receptor de andrógenos. Para cáncer epitelial de ovario, trompas de Falopio o peritoneal primario: el medicamento solicitado se usa para la terapia de mantenimiento para enfermedades en estadio II-IV o recurrentes que responden completa o parcialmente a la quimioterapia. Para leiomiosarcoma uterino: 1) la paciente ha recibido al menos una terapia previa Y 2) la paciente tiene una enfermedad alterada en BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LYTGOBI
Nombres de medicamentos	LYTGOBI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Colangiocarcinoma extrahepático
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para colangiocarcinoma: 1) el paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irresecable, localmente avanzado o metastásico, 2) el paciente ha recibido un tratamiento previo, Y 3) el paciente tiene una enfermedad que tiene una fusión del gen del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otro reordenamiento .
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MAVYRET
Nombres de medicamentos	MAVYRET
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (Child Turcotte Pugh [CTP] clase B o C).
Información médica obligatorio	Para el virus de la hepatitis C (VHC): Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC 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 resistencia cuando corresponda, estado del trasplante si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Association for the Study of Liver Diseases y Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA) (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Nombres de medicamentos	ACETATO DE MEGESTROL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de 40 miligramos a mililitros (mg/ml) de megestrol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEKINIST
Nombres de medicamentos	MEKINIST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con dabrafenib, Y 3) El medicamento solicitado se Se utiliza para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante. Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, oligodendroglioma, astrocitoma, glioblastoma), cáncer de pulmón de células no pequeñas, tumores sólidos y cáncer de tiroides anaplásico: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E, Y 2) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para melanoma uveal: El medicamento solicitado se utilizará como agente único. Para cáncer de ovario, cáncer de trompas de Falopio y cáncer peritoneal primario: el medicamento solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente. Para el cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático y colangiocarcinoma extrahepático: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E, Y 2) La enfermedad es irresecable o metastásica, Y 3) El medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para el carcinoma de tiroides papilar, folicular y de células de Hürthle: 1) La enfermedad es positiva para la mutación BRAF V600E, Y 2) La enfermedad no responde a la terapia con yodo radiactivo (RAI), Y 3) El medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEKTOVI
Nombres de medicamentos	MEKTOVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Terapia sistémica adyuvante para melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará junto con encorafenib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEMANTINA
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE MEMANTINA, CLORHIDRATO DE MEMANTINA E
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo aplica para pacientes menores de 30 años.

Grupo de autorización previa	METILFENIDATO
Nombres de medicamentos	HIDROCLORO DE METILFENIDATO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 O 3) El medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de que se hayan descartado otras causas de fatiga.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	METILTESTOSTERONA
Nombres de medicamentos	METILTESTOSTERONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para productos de testosterona alternativos (p. ej., testosterona tópica, testosterona transdérmica, testosterona inyectable). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, terapia inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matinales bajas de testosterona total en suero confirmadas según el rango de laboratorio de referencia 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 hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tiene una concentración matinal baja de testosterona total en suero confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar con la terapia de 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").
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MIGLUSTAT
Nombres de medicamentos	MIGLUSTAT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MODAFINILO
Nombres de medicamentos	MODAFINILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la somnolencia excesiva asociada con la narcolepsia: El diagnóstico ha sido confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con la apnea obstructiva del sueño (AOS): El diagnóstico ha sido confirmado mediante polisomnografía.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MONJUVI
Nombres de medicamentos	MONJUVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma de células B relacionado con el VIH, linfoma folicular refractario/recidivante/progresivo, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), linfoma de células B de alto grado
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado de otra manera, linfoma de células B relacionado con el VIH, trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante (tipo de células B), linfoma de células B de alto grado, linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) no especificado de otra manera, incluido DLBCL que surge de un linfoma de bajo grado: 1) el paciente tiene una enfermedad refractaria o en recaída, Y 2) el paciente no es elegible para un autotrasplante de células madre (ASCT).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MOUNJARO
Nombres de medicamentos	MOUNJARO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La autorización previa solo se aplica a los pacientes cuya declaración no se presenta con un código ICD-10 que indique un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 O a los pacientes que no tienen antecedentes de un medicamento antidiabético (EXCLUIDOS los agonistas del receptor de péptidos similares al glucagón [glucagon-like peptide receptor agonist (GLP-1 RA] y la combinación de polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa [glucose-dependent insulinotropic polypeptide, GIP] y GLP-1 RA).

Grupo de autorización previa	NAGLAZYME
Nombres de medicamentos	NAGLAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El diagnóstico de mucopolisacaridosis VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NATPARA
Nombres de medicamentos	NATPARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Hipoparatiroidismo agudo posquirúrgico (dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía) y recuperación esperada del hipoparatiroidismo.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NERLYNX
Nombres de medicamentos	NERLYNX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente, metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NEXAVAR
Nombres de medicamentos	NEXAVAR, TOSILATO DE SORAFENIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumores fibrosos solitarios), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompas de Falopio, cáncer peritoneal primario, neoplasias linfoides, mieloides o de linaje mixto con eosinofilia
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide aguda: la enfermedad es positiva para la mutación en tándem interno de la tirosina cinasa 3 similar a la FMS (FLT3-ITD) Y se cumple cualquiera de las siguientes condiciones (1 O 2): 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con azacitidina o decitabina para el tratamiento de inducción de baja intensidad o el tratamiento posterior a la inducción Y a) el paciente tiene 60 años de edad o más o b) la enfermedad es recidivante/resistente. Para el carcinoma tiroideo: la histología es folicular, papilar, de células de Hurthle o medular. Para el tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad es irresecable, recurrente/progresiva o metastásica Y el paciente ha fracasado con un tratamiento aprobado por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib) O 2) el medicamento solicitado se está utilizando para paliar los síntomas previamente fue tolerado y eficaz. Para el carcinoma de células renales: la enfermedad está avanzada. Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia: 1) la enfermedad tiene una reordenación de FLT3 Y 2) la enfermedad está en fase crónica o en fase de blastocito.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NINLARO
Nombres de medicamentos	NINLARO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras en recaída/refractaria, macroglobulinemia de Waldenström, linfoma linfoplasmocítico
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NITISINONA
Nombres de medicamentos	NITISINONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para tirosinemia hereditaria tipo 1 (HT-1): El diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes: 1) pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en orina) O 2) pruebas de ADN (análisis de mutaciones).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres de medicamentos	DROXIDOPA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para hipotensión ortostática neurogénica (nOH): Antes de la terapia 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 inclinar la cabeza hacia arriba. Para continuar el tratamiento contra la nOH, el paciente debe experimentar una reducción sostenida de los síntomas de la nOH (es decir, disminución de los mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Tanto para la terapia inicial como para la continuación de la terapia para la nOH, el medicamento solicitado se utilizará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada con 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSPENSIÓN
Nombres de medicamentos	POSACONAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la candidiasis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el fluconazol.
Restricciones de edad	13 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Candidiasis orofaríngea: 1 mes. Todas las demás indicaciones: A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUBEQA
Nombres de medicamentos	NUBEQA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUEDEXTA
Nombres de medicamentos	NUEDEXTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUPLAZID
Nombres de medicamentos	NUPLAZID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para las alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de los síntomas psicóticos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NURTEC
Nombres de medicamentos	NURTEC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Tratamiento de la migraña aguda: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para un agonista del receptor triptán 5-HT1. Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: El paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: Fármacos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) El paciente experimentó una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: Fármacos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antidepresivos. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el fármaco solicitado, y el paciente tuvo una reducción de los días de migraña al mes desde el inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Tratamiento preventivo de la migraña - inicial: 3 meses, Todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OCTREOTIDA
Nombres de medicamentos	ACETATO DE OCTREOTIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Control tumoral de timomas y carcinomas tímicos.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para acromegalia, ponga sus iniciales: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para su edad y/o sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no ha sido sometido a cirugía o radioterapia. Para acromegalia, continuación de la terapia: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia. Para control tumoral de timomas y carcinomas tímicos. El medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: 1) enfermedad localmente avanzada o metastásica, 2) posoperatoriamente después de la resección del tumor.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ODOMZO
Nombres de medicamentos	ODOMZO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OFEV
Nombres de medicamentos	OFEV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para fibrosis pulmonar idiopática (solo nuevos comienzos): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) del tórax o una biopsia de pulmón revela el patrón de neumonía intersticial usual (NIU), O 2) un estudio de TCAR del tórax revela un resultado distinto al patrón de NIU (p. ej., NIU probable , indeterminado para NIU) 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OGIVRI
Nombres de medicamentos	OGIVRI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el 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 leptomeníngeas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, cáncer de mama HER2 positivo y adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal de tipo salvaje RAS y BRAF con amplificación de HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, hepatobiliar metastásico o irresecable HER2 positivo carcinoma (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	OGSIVEO
Nombres de medicamentos	OGSIVEO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OJEMDA
Nombres de medicamentos	OJEMDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para glioma de bajo grado (Low-Grade Glioma, LGG) pediátrico refractario o recurrente: el tumor del paciente es positivo para a) fusión o reordenamiento del gen BRAF O b) mutación del gen V600 del gen BRAF.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OJJARA
Nombres de medicamentos	OJJARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OMEGA 3
Nombres de medicamentos	{I>ÉSTERES ETÍLICOS DE ÁCIDOS OMEGA 3<I}
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipertrigliceridemia: Antes del inicio del tratamiento con un fármaco reductor de triglicéridos, el paciente tiene/tenía un nivel de triglicéridos previo al tratamiento mayor o igual a 500 mg/dL.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OMNIPOD
Nombres de medicamentos	KIT DE INTRODUCCIÓN A OMNIPOD 5 G6 (G, PODS OMNIPOD 5 G6 (GEN 5), PODS OMNIPOD CLASSIC (GEN, KIT DE INTRODUCCIÓN A OMNIPOD DASH (G, PODS OMNIPOD DASH (GEN 4), OMNIPOD GO 10 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 15 UNIDADES/ DÍA, OMNIPOD GO 20 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 25 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 30 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 35 UNIDADES/DÍA, OMNIPOD GO 40 UNIDADES/DÍA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Omnipod GO, inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina Y 2) el paciente actualmente está realizando autodiagnóstico de los niveles de glucosa, se le asesorará sobre el autodiagnóstico de los niveles de glucosa o el paciente está utilizando un monitor de glucosa continuo Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento con insulina basal de acción prolongada. Omnipod, V-GO, inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina con múltiples inyecciones diarias Y 2) el paciente se autodiagnostica los niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente está utilizando un monitor de glucosa continuo Y 3) el paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes síntomas con el régimen actual para la diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones amplias en la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, oscilaciones glucémicas graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ONTRUZANT
Nombres de medicamentos	ONTRUZANT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el 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 leptomeníngeas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, cáncer de mama HER2 positivo y adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal de tipo salvaje RAS y BRAF con amplificación de HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, hepatobiliar metastásico o irresecable HER2 positivo carcinoma (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva Y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	ONUREG
Nombres de medicamentos	ONUREG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OPSUMIT
Nombres de medicamentos	OPSUMIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FENTANILO ORAL-INTRANASAL
Nombres de medicamentos	CITRATO DE FENTANILO ORAL TRANSMUCOSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El medicamento solicitado está indicado únicamente para el tratamiento del dolor irruptivo relacionado con el cáncer. El medicamento solicitado se receta para el tratamiento del dolor irruptivo en un paciente con cáncer con dolor subyacente por cáncer Y 2) El código de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) proporcionado respalda el diagnóstico relacionado con el cáncer. [Nota: Para la aprobación de la cobertura de medicamentos, el código de diagnóstico de la ICD proporcionado DEBE respaldar el diagnóstico relacionado con el cáncer.] Y 3) El paciente actualmente está recibiendo, y continuará recibiendo, terapia con opioides las 24 horas del día para el dolor subyacente del cáncer Y 4) El medicamento solicitado está destinado únicamente para su uso en pacientes tolerantes a los opioides. El paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según su historial actual de uso de opioides. [Nota: Los pacientes considerados tolerantes a los opioides son aquellos que toman medicamentos las 24 horas del día que consisten en al menos 60 mg de morfina oral por día, al menos 25 mcg por hora de fentanilo transdérmico, al menos 30 mg de oxicodona oral por día, al menos 60 mg de hidrocodona oral por día, al menos 8 mg de hidromorfona oral por día, al menos 25 mg de oximorfona oral por día o una dosis equianalgésica de otro medicamento opioide diariamente durante una semana o más].
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORGOVYX
Nombres de medicamentos	ORGOVYX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORKAMBI
Nombres de medicamentos	ORKAMBI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la fibrosis quística (FQ): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORSERDU
Nombres de medicamentos	ORSERDU
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama recurrente con receptor hormonal positivo y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Cáncer de mama: 1) la enfermedad es positiva para receptores de estrógeno (RE), negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y ESR1 mutado Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes: a) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y el paciente tiene progresión de la enfermedad después de al menos una línea de terapia endocrina O b) la enfermedad no tuvo respuesta a la terapia sistémica preoperatoria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OTEZLA
Nombres de medicamentos	OTEZLA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la psoriasis en placas (solo nuevos comienzos): El paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) Respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a CUALQUIERA de los siguientes: a) una terapia tópica (p. ej., corticosteroides tópicos, inhibidores de la calcineurina, análogos de la vitamina D), b) fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o c) tratamiento farmacológico con metotrexato , ciclosporina o acitretina, O 2) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OZEMPIC
Nombres de medicamentos	OZEMPIC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La autorización previa solo se aplica a pacientes cuya reclamación no se presenta con un código ICD-10 que indique un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 O a pacientes que no tienen antecedentes de un medicamento antidiabético (EXCLUYENDO agonistas del receptor del péptido similar al glucagón [GLP- 1 RA] y combinación de polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa [GIP] y GLP-1 RA).

Grupo de autorización previa	PANRETIN
Nombres de medicamentos	PANRETIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PAROXETINA EN SUSPENSIÓN ORAL
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE PAROXETINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente no puede tomar presentaciones farmacéuticas orales sólidas (p. ej., dificultad para tragar tabletas o cápsulas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PEGASYS
Nombres de medicamentos	PEGASYS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis sintomática de bajo riesgo), mastocitosis sistémica, leucemia/linfoma de células T del adulto, micosis fungoide/síndrome de Sézary, 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.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hepatitis C crónica: Virus de la hepatitis C (VHC) confirmado por la presencia de ARN del VHC del virus de la hepatitis C en suero antes de iniciar el tratamiento y el régimen de tratamiento planificado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	VHC: 12-48 semanas. Los criterios se aplicaron de manera consistente con la guía actual de AASLD-IDSA. VHB: 48 semanas Otro: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PEMAZYRE
Nombres de medicamentos	PEMAZYRE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FENILBUTIRATO
Nombres de medicamentos	FENILBUTIRATO DE SODIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para trastornos del ciclo de la urea (UCD): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PHESGO
Nombres de medicamentos	PHESGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama positivo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PIQRAY
Nombres de medicamentos	PIQRAY 200MG DOSIS DIARIA, PIQRAY 250MG DOSIS DIARIA, PIQRAY 300MG DOSIS DIARIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama con mutación PIK3CA, receptor hormonal recurrente (HR), receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), negativo, en combinación con fulvestrant.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	POMALYST
Nombres de medicamentos	POMALYST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras en recaída/refractaria, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el mieloma múltiple, el paciente ha recibido previamente al menos dos terapias previas para el mieloma múltiple, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor del proteasoma.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	POSACONAZOL
Nombres de medicamentos	POSACONAZOLE DR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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.
Restricciones de edad	Tratamiento de la aspergilosis invasiva: 13 años de edad o más, Profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PREGABALINA
Nombres de medicamentos	PREGABALINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Dolor neuropático relacionado con el cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de la neuralgia posherpética, el tratamiento del dolor neuropático asociado con la neuropatía periférica diabética, el dolor neuropático relacionado con el cáncer y el dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PREVYMIS
Nombres de medicamentos	PREVYMIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV) en el trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH): 1) el paciente es seropositivo para CMV Y 2) el paciente es receptor de un TCMH alogénico. Para la profilaxis de la enfermedad por CMV en un trasplante de riñón: 1) el paciente es seronegativo para CMV Y 2) el paciente es un receptor de trasplante de riñón de alto riesgo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	7 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PROCRIT
Nombres de medicamentos	PROCRIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Anemia debida a síndromes mielodisplásicos (SMD), anemia en artritis reumatoide (AR), anemia debida al tratamiento de la hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
Criterio de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mieloide.
Información médica obligatorio	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debidos a una transfusión reciente. Para aprobación inicial: 1) para todos los usos excepto anemia debida a quimioterapia o síndrome mielodisplásico (SMD): el paciente tiene reservas de hierro adecuadas (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20 %), Y 2) para todos los usos excepto cirugía: pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) la Hgb es inferior a 10 g/dL, Y 3) para SMD: el nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/L o menos. Para 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 anemia debida a quimioterapia o SMD: el paciente tiene reservas de hierro adecuadas (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20 %).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso en anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B cuando el medicamento se prescribe, dispensa o administra al individuo (por ejemplo, se usa para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o proporcionada desde el incidente de suministro del médico a un servicio médico).

Grupo de autorización previa	PROMACTA
Nombres de medicamentos	PROMACTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la trombocitopenia inmune (TPI) crónica o persistente: 1) Para nuevos comienzos: a) El paciente (pt) ha tenido una respuesta inadecuada o es intolerante a una terapia previa como corticosteroides o inmunoglobulinas Y b) El recuento de plaquetas (plt) no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es menos de 30 000/mcL O 30 000-50 000/mcL con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental donde se anticipa pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica e hipertensión, terapia de anticoagulación, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma) Y c) Solo para TPI crónica: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a Doptelet (avatrombopag). 2) Para la continuación de la terapia, respuesta del recuento de plt al medicamento solicitado: a) El recuento de plt actual es menor o igual a 200,000/mcL O b) El recuento de plt actual es mayor a 200,000/mcL a menor o igual a 400,000/mcL y la dosis se ajustará a un recuento plt suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes. Para la trombocitopenia asociada con la hepatitis C crónica: 1) Para nuevos inicios: el medicamento solicitado se utiliza para el inicio y mantenimiento de la terapia basada en interferón. 2) Para la continuación de la terapia: el paciente está recibiendo terapia basada en interferón. Para la anemia aplásica grave (AA): 1) Para nuevos comienzos: a) el paciente utilizará el medicamento solicitado con terapia inmunosupresora estándar como tratamiento de primera línea O b) el paciente tuvo una respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora. 2) Para la continuación de la terapia: 1) El recuento actual de plt es de 50 000 a 200 000/mcL, O 2) El recuento actual de plt es inferior a 50 000/mcL y el paciente no ha recibido la terapia titulada adecuadamente durante al menos 16 semanas, O 3) El recuento actual de plt es inferior a 50 000/mcL y el paciente es independiente de la transfusión, O 4) el recuento actual de plt es superior a 200 000/mcL o menor o igual a 400 000/mcL y la dosis se ajustará para lograr y mantener un recuento objetivo adecuado de plt.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	VHC: 6 meses, PTI/AA inicial: 6 meses, reautenticación PTI: Año del plan, autenticación AA: Año del plan APR, semanas IPR-16
Otros criterios	APR: respuesta plaquetaria adecuada (mayor a 50.000/mcL), IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (menos de 50.000/mcL).

Grupo de autorización previa	PULMOZYME
Nombres de medicamentos	PULMOZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	QINLOCK
Nombres de medicamentos	QINLOCK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) recurrente/progresivo o irresecable
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST) irresecable, recurrente/progresivo, avanzado o metastásico, el paciente cumple con cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el paciente ha recibido tratamiento previo con 3 o más inhibidores de cinasa, incluido imatinib O 2) el paciente ha experimentado progresión de la enfermedad después del tratamiento con avapritinib y dasatinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QUETIAPINA XR
Nombres de medicamentos	FUMARATO DE QUETIAPINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento de mantenimiento en monoterapia para el trastorno bipolar I, tratamiento en monoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada, tratamiento en monoterapia para el trastorno depresivo mayor
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años de edad o más Y está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., lorazepam, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam, zolpidem) con el medicamento solicitado, el médico prescriptor determinó que tomar múltiples medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es necesario desde el punto de vista médico. [Nota: El uso de varios medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) en adultos de edad avanzada se asocia a un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de la esquizofrenia: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para 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 al trastorno bipolar I o para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar I: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: lurasidona, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados al trastorno bipolar II: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia a la quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QULIPTA
Nombres de medicamentos	QULIPTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba durante 4 semanas de cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría probar durante 4 semanas cualquiera de los siguientes: medicamentos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antidepresivos. 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 con migraña al mes con respecto al inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SULFATO DE QUININA
Nombres de medicamentos	SULFATO DE QUININA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax no complicada.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para babesiosis: el medicamento solicitado se usa junto con clindamicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REGRANEX
Nombres de medicamentos	REGRANEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	20 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE RELISTOR
Nombres de medicamentos	RELISTOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no relacionado con el cáncer, incluido el dolor crónico relacionado con un cáncer previo o su tratamiento, que no requiere un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides: 1) el paciente no puede tolerar los medicamentos orales O 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios A) experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no relacionado con el cáncer (por ejemplo, Movantik) O B) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no relacionado con el cáncer (por ejemplo, Movantik).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 4 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REMICADE
Nombres de medicamentos	INFLIXIMAB, REMICADA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de Behcet, hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, piodermia gangrenosa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) El paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida, O b) el paciente ha experimentado intolerancia o intolerancia química al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada, intolerancia o intolerancia química al MTX, O b) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) Al menos el 3 % del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O ciertas áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina, O b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina, O c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o ciertas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] se ven afectados).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada, intolerancia o intolerancia química cuando probó una terapia inmunosupresora para la uveítis. Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos no indicados que se contradicen: El paciente tuvo un acontecimiento adverso intolerable a Renflexis, y ese acontecimiento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información para prescribir.

Grupo de autorización previa	RENFLEXIS
Nombres de medicamentos	RENFLEXIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Síndrome de Behcet, hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, piodermia gangrenosa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) El paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida, O b) el paciente ha experimentado intolerancia o intolerancia química al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada, intolerancia o intolerancia química al MTX, O b) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O una contraindicación que prohibiría probar un AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) Al menos el 3 % del área de superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O ciertas áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina, O b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina, O c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como terapia de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o ciertas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] se ven afectados).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo de inicio nuevo): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada, intolerancia o intolerancia química cuando probó una terapia inmunosupresora para la uveítis.

Grupo de autorización previa	REPATHA
Nombres de medicamentos	REPATHA, REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM, REPATHA SURECLICK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RETEVMO
Nombres de medicamentos	RETEVMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón no microcítico positivo recurrente con reordenamiento durante la transfección (RET), histiocitosis de células de Langerhans con una fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o de recaída/refractaria con una fusión del gen RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o de recaída/refractaria con una fusión del gen RET, carcinoma tiroideo recurrente o persistente positivo para fusión RET (carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), carcinoma tiroideo anaplásico positivo para fusión RET.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	En el caso de cáncer de pulmón no microcítico, el paciente debe cumplir con todos estos requisitos: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) el tumor es positivo para fusión RET o positivo para reordenamiento RET.
Restricciones de edad	Cáncer de tiroides medular y cáncer de tiroides: 2 años o más.
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REVLIMID
Nombres de medicamentos	LENALIDOMIDA, REVLIMID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin la anomalía citogenética de deleción del 5q, anemia asociada a mielofibrosis, síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios cutáneos), neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis de células de Langerhans, linfomas periféricos de células T no especificados, linfoma angioinmunoblástico de células T (AITL), linfoma de células T asociado a enteropatía, linfoma intestinal epiteliotrópico monomórfico de células T, linfoma ganglionar periférico de células T, leucemia/linfoma de células T del adulto, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), leucemia linfocítica crónica (LLC)/linfoma linfocítico pequeño (LLCP), linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante, linfoma difuso de células B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica de linfoma indolente a linfoma difuso de células B grandes.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el síndrome mielodisplásico (SMD): el paciente tiene un SMD de bajo riesgo con anemia sintomática según el Sistema Internacional Revisado de Puntuación Pronóstica (IPSS-R), el Sistema Internacional de Puntuación Pronóstica (IPSS) o el Sistema de Puntuación Pronóstica basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WPSS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REZLIDHIA
Nombres de medicamentos	REZLIDHIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REZUROCK
Nombres de medicamentos	REZUROCK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RINVOQ
Nombres de medicamentos	RINVOQ, RINVOQ LQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la dermatitis atópica (solo de inicio nuevo): 1) el paciente tiene enfermedad resistente, de moderada a grave, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con otros medicamentos sistémicos, incluidos los biológicos, o el uso de estos tratamientos no es aconsejable. Para la dermatitis atópica (continuación del tratamiento): el paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la espondiloartritis axial no radiográfica (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF.
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 12 años o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Dermatitis atópica (inicial): 4 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]).

Grupo de autorización previa	ROZLYTREK
Nombres de medicamentos	ROZLYTREK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recidivante ROS1-positivo, tumores sólidos no metastásicos con fusión génica de receptores tirosínicos neurotróficos (NTRK) positivos, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión génica NTRK positivos.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	En todos los tumores sólidos positivos a la fusión del gen de la tirosina receptora cinasa neurotrófica (NTRK), la enfermedad carece de una mutación conocida de resistencia adquirida. Para el cáncer de pulmón no microcítico ROS1-positivo, el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RUBRACA
Nombres de medicamentos	RUBRACA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leiomiosarcoma uterino, adenocarcinoma pancreático, cáncer epitelial de ovario, de trompa de Falopio o peritoneal primario avanzado (estadio II-IV)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación deletérea del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (germinal y/o somática): 1) el paciente ha sido tratado con una terapia dirigida a los receptores de andrógenos, Y 2) el paciente ha sido tratado con una quimioterapia basada en taxanos o el paciente no es apto para la quimioterapia, Y 3) el fármaco solicitado se utilizará junto con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o tras una orquiectomía bilateral. Para el tratamiento de mantenimiento del cáncer epitelial primario de ovario, de trompas de Falopio y de ovario epitelial con mutación BRCA: 1) la paciente tiene enfermedad avanzada (estadio II-IV) y presenta una respuesta completa o parcial a la terapia primaria, O 2) la paciente tiene enfermedad recurrente y presenta una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino. Para el leiomiosarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea, Y 2) la paciente tiene la enfermedad alterada por el BRCA. Para el adenocarcinoma de páncreas: 1) el paciente tiene enfermedad metastásica Y 2) el paciente tiene mutaciones somáticas o de línea germinal en BRCA o PALB-2.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RYBELSUSRIBELSO
Nombres de medicamentos	RYBELSUS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La autorización previa solo se aplica a pacientes cuya reclamación no se presenta con un código ICD-10 que indique un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 O a pacientes que no tienen antecedentes de un medicamento antidiabético (EXCLUYENDO agonistas del receptor del péptido similar al glucagón [GLP- 1 RA] y combinación de polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa [GIP] y GLP-1 RA).

Grupo de autorización previa	RYDAPT
Nombres de medicamentos	RYDAPT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia mieloide aguda (LMA) recidivante o refractaria, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos FGFR1 o FLT3, terapia de posinducción para la LMA, reinducción en enfermedad residual para la LMA.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): La LMA es positiva a la mutación de la tirosina cinasa 3 similar al FMS (FLT3). 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 está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SAPROPTERINA
Nombres de medicamentos	JAVYGTOR, SAPROPTERINA DIHIDROCLORURO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la fenilcetonuria (PKU): Para los pacientes que aún no han recibido un ensayo terapéutico del fármaco solicitado, el nivel de fenilalanina del paciente antes del tratamiento (incluso antes del tratamiento dietético) es superior a 6 mg/dL (360 micromol/L). En el caso de los pacientes que hayan completado un ensayo terapéutico del fármaco solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejoría (por ejemplo, reducción de los niveles de fenilalanina en sangre, mejoría de los síntomas neuropsiquiátricos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 2 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SCEMBLIX
Nombres de medicamentos	SCEMBLIX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide crónica (LMC) en la fase crónica: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: A) el paciente ha sido tratado previamente con 2 o más inhibidores de la tirosina cinasa (ITC) Y al menos uno de ellos era imatinib o dasatinib, O B) el paciente es positivo para la mutación T315I.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SIGNIFOR
Nombres de medicamentos	SIGNIFOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SILDENAFILO
Nombres de medicamentos	SILDENAFIL CITRATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de PAH: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) si el medicamento solicitado es para un adulto, la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SIRTURO
Nombres de medicamentos	SIRTURO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYRIZI
Nombres de medicamentos	SKYRIZI, SKYRIZI PEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): se ven afectadas al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres de medicamentos	SOMATULINE DEPOT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Control tumoral de tumores neuroendocrinos (TNE) de pulmón, timo o gastrinoma primario no resecado, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados que no sean de origen gastroenteropancreático, feocromocitoma/paraganglioma.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para acromegalia, ponga sus iniciales: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para su edad y/o sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no ha sido sometido a cirugía o radioterapia. Para acromegalia, continuación de la terapia: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia. Para el control tumoral de los tumores neuroendocrinos (TEN) de timo o pulmón: El paciente tiene enfermedad locorregional irresecable, recurrente y/o metastásica a distancia. Para el control tumoral de TEN bien diferenciados de grado 3 no resecables localmente avanzados o metastásicos (no de origen gastroenteropancreático): El paciente tiene una biología favorable (por ejemplo, Ki-67 relativamente bajo [menos del 55%] e imágenes positivas de tomografía por emisión de positrones [PET] basadas en receptores de somatostatina [SSTR]). Para el control tumoral de feocromocitomas o paragangliomas: El paciente tiene enfermedad metastásica a distancia o localmente irresecable.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SOMAVERT
Nombres de medicamentos	SOMAVERT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para acromegalia, ponga sus iniciales: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) previo al tratamiento para su edad y/o sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O hay una razón clínica por la cual el paciente no ha sido sometido a cirugía o radioterapia. Para acromegalia, continuación de la terapia: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SPRYCEL
Nombres de medicamentos	SPRYCEL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condrosarcoma metastásico, cordoma recurrente, leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células T y LLA-B similar a la Filadelfia (Ph), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide crónica (LMC), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (Ph) o del gen BCR-ABL, y 2) Si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor de la tirosina cinasa alternativo, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L. Para la leucemia linfoblástica aguda (LLA), el paciente tiene un diagnóstico de uno de los siguientes: 1) LLA con cromosoma Filadelfia positivo, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: diagnóstico que se ha confirmado mediante la detección del cromosoma Ph o del gen BCR-ABL, y si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L, O 2) LLA B tipo Ph con fusión de cinasa de clase ABL, O 3) LLA de células T en recaída o refractaria con fusión de cinasa de clase ABL. Para GIST, 1) el paciente cumple todos los requisitos siguientes: A) la enfermedad es irresecable, recurrente/progresiva o metastásica, B) el paciente ha recibido terapia previa con imatinib o avapritinib Y C) los pacientes son positivos para mutaciones del exón 18 del PDGFRA, O 2) el fármaco solicitado se está utilizando para paliar los síntomas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STELARA
Nombres de medicamentos	STELARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (de inicio nuevo): 1) al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STIVARGA
Nombres de medicamentos	STIVARGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumores progresivos del estroma gastrointestinal (GIST), osteosarcoma, glioblastoma, angiosarcoma, sarcoma retroperitoneal/intraabdominal de tejidos blandos, rabdomiosarcoma, sarcomas de tejidos blandos de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para tumores del estroma gastrointestinal: La enfermedad es progresiva, localmente avanzada, irresecable o metastásica. Para el cáncer colorrectal: La enfermedad es avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SUTENT
Nombres de medicamentos	MALATO DE SUNITINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma de tiroides (folicular, medular, papilar y de células de Hurthle), sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumor fibroso solitario y subtipos de sarcoma alveolar de partes blandas), cordoma recurrente, carcinoma tímico, neoplasias linfoides, mieloides o de linaje mixto con eosinofilia, feocromocitoma. , paraganglioma, tumor del estroma gastrointestinal (GIST) (enfermedad irresecable, recurrente/progresiva o metastásica después de la progresión con terapias aprobadas, GIST irresecables con deficiencia de succinato deshidrogenasa (SDH) y uso para paliar los síntomas si previamente se toleraron y fueron efectivos).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para carcinoma de células renales (CCR): el paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) la enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV O 2) el medicamento solicitado se está utilizando como tratamiento adyuvante para pacientes que tienen alto riesgo de CCR recurrente después de la nefrectomía. Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): el paciente cumple con uno de los siguientes: 1) el medicamento solicitado se usará después de la progresión de la enfermedad o la intolerancia al imatinib, 2) la enfermedad es irresecable, recurrente/progresiva o metastásica Y el paciente tiene falló en una terapia aprobada por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib), 3) el medicamento solicitado se usará para GIST irresecable con deficiencia de succinato deshidrogenasa (SDH), O 4) el medicamento solicitado se usará para la paliación de los síntomas si previamente se tolera y es eficaz. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia: 1) la enfermedad tiene un reordenamiento FLT3 Y 2) la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SYMDEKO
Nombres de medicamentos	SYMDEKO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	6 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SYMPAZAN
Nombres de medicamentos	SYMPAZAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SYNAREL
Nombres de medicamentos	SYNAREL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la pubertad precoz central (PPC): Los pacientes que actualmente no reciben terapia deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) El diagnóstico de PPC se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, Y 2) La evaluación de la edad ósea versus la edad cronológica apoya el diagnóstico de PPC 3) La aparición de las características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para los pacientes masculinos. Para el tratamiento de la endometriosis: El paciente no ha recibido ya un tratamiento mayor o igual a 6 meses con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	PPC: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre, Endometriosis: 18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TABRECTA
Nombres de medicamentos	TABRECTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para CPCNP recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación que omite el exón 14 de la transición mesenquimal-epitelial (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAFINLAR
Nombres de medicamentos	TAFINLAR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma de tiroides (carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, oligodendroglioma, astrocitoma, glioblastoma), cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma extrahepático, colangiocarcinoma intrahepático, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, cáncer de ovario, cáncer de trompas de Falopio y cáncer peritoneal primario.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, oligodendroglioma, astrocitoma, glioblastoma): 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) El fármaco solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) El medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib, Y 3) El medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) terapia sistémica adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) El fármaco solicitado se utilizará como agente único o junto con trametinib. Para el carcinoma de tiroides papilar, folicular y de células de Hurthle: 1) El tumor es BRAF positivo Y 2) La enfermedad no es susceptible de terapia con yodo radiactivo (RAI). Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: La enfermedad es positiva para una mutación BRAF V600E. Para el cáncer de vesícula biliar, el colangiocarcinoma extrahepático y el colangiocarcinoma intrahepático: 1) La enfermedad es positiva para una mutación BRAF V600E, Y 2) La enfermedad es irresecable o metastásica, Y 3) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) El fármaco solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para el cáncer de ovario, el cáncer de trompas de Falopio y el cáncer peritoneal primario: 1) La enfermedad es positiva para la mutación BRAF V600E, Y 2) La enfermedad es persistente o recurrente, Y 3) El medicamento solicitado se utilizará junto con trametinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAGRISSO
Nombres de medicamentos	TAGRISSO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico sensibilizante (EGFR), metástasis cerebrales de CPCNP con mutación positiva de EGFR sensibilizante, metástasis leptomeníngeas de CPCNP con mutación positiva de EGFR.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el CPNM, el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) El paciente cumple con ambos de los siguientes: a) el paciente tiene CPCNP metastásico, avanzado o recurrente (incluidas metástasis cerebrales y/o leptomeníngeas de CPCNP) y b) el paciente tiene una mutación sensibilizante de EGFR O 2) El paciente cumple con ambos de los siguiente: a) la solicitud es para tratamiento adyuvante de CPCNP después de la resección del tumor y b) el paciente tiene enfermedad con mutación positiva de EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TALTZ
Nombres de medicamentos	TALTZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) se ven afectadas al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia a este o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis psoriásica (psoriatic arthritis, PsA) activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia a este o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo de inicio nuevo): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación para los AINE.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TALZENNA
Nombres de medicamentos	TALZENNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama con mutación del gen de susceptibilidad al cáncer de mama de línea germinal recurrente (BRCA)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TARGRETIN TÓPICO
Nombres de medicamentos	BEXAROTENO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Micosis fungoide (MF) en estadio 2 o superior/síndrome de Sézary (SS), leucemia/linfoma de células T del adulto (ATLL) crónico o latente, linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro del folículo
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres de medicamentos	TASIGNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (LLA Ph+), tumor del estroma gastrointestinal (TEGI), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1 en fase crónica o blástica, sinovitis villonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide crónica (LMC), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de LMC y los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas, 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL, 2) el paciente ha experimentado resistencia o intolerancia a imatinib o dasatinib, Y 3) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor de tirosina cinasa alternativo para la leucemia mieloide crónica, el paciente tiene resultados negativos para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (LLA), incluidos 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 ha experimentado resistencia a un inhibidor de la tirosina cinasa alternativo para la LLA, el paciente tiene resultados negativos para T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C. /I y G250E. Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): los pacientes cumplen cualquiera de los siguientes: 1) la enfermedad es irresecable, recurrente/progresiva o metastásica Y la enfermedad ha progresado con al menos 2 terapias aprobadas (por ejemplo, imatinib, sunitinib, dasatinib, regorafenib, ripretinib) O 2) el medicamento solicitado se receta para paliar los síntomas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAZAROTENO
Nombres de medicamentos	TAZAROTENO, TAZORAC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la psoriasis en placas, el paciente cumple los siguientes criterios: 1) el paciente tiene menos del 20 por ciento o igual 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 una prueba de tratamiento tópico corticosteroides.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAZVERIK
Nombres de medicamentos	TAZVERIK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	Sarcoma epitelioide: 16 años de edad o más, linfoma folicular: 18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ
Nombres de medicamentos	TECENTRIQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Mantenimiento con agente único para el cáncer de pulmón microcítico extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, terapia posterior para el mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal testicular, carcinoma primario de la uretra.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma primario de uretra: 1) El paciente no es elegible para la terapia con cisplatino y los tumores expresan PD-L1 O 2) El paciente no es elegible para ninguna quimioterapia que contenga platino. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) el paciente tiene una enfermedad recurrente, avanzada o metastásica Y el medicamento solicitado se utilizará como cualquiera de los siguientes: a) tratamiento de primera línea de tumores con alta expresión de PD-L1 (definido como teñido con PD-L1 mayor o igual a 50 por ciento de las células tumorales o células inmunes infiltrantes de tumores [IC] teñidas con PD-L1 que cubren más o igual al 10 por ciento del área del tumor) y sin aberraciones tumorales genómicas de EGFR o ALK, b) usado en combinación con carboplatino, paclitaxel, y bevacizumab, o en combinación con carboplatino y paclitaxel unido a albúmina para el CPCNP no escamoso, o c) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior o terapia de mantenimiento continuada, O 2) el paciente tiene enfermedad en estadio II a IIIA Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la resección y quimioterapia adyuvante para tumores con expresión de PD-L1 en mayor o igual al 1 por ciento de las células tumorales. Para el carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial junto con bevacizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres de medicamentos	TEMAZEPAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) El médico debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para el paciente. (Nota: La American Geriatrics Society identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente). Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.

Grupo de autorización previa	TEPMETKO
Nombres de medicamentos	TEPMETKO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para CPCNP recurrente, avanzado o metastásico: El tumor es positivo para la mutación que omite el exón 14 de la transición mesenquimal-epitelial (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TERIPARATIDA
Nombres de medicamentos	TERIPARATIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la osteoporosis posmenopáusica: la paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) puntuación T pretratamiento inferior o igual a -2.5 o puntuación T pretratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura pretratamiento de la Herramienta de Evaluación del Riesgo de Fractura (FRAX) Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (por ejemplo, edad avanzada, fragilidad, tratamiento con glucocorticoides, puntuaciones T muy bajas o mayor riesgo de caídas), O b) el paciente ha fracasado en un tratamiento previo con una terapia inyectable para la osteoporosis o es intolerante a ella, O c) el paciente ha sido 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 bifosfonato oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura vertebral o de cadera osteoporótica, O 2) puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX T Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente ha fracasado en un tratamiento previo con o es intolerante a una terapia inyectable previa para la osteoporosis, O b) el paciente ha tenido un ensayo con bifosfonatos orales de al menos 1 año de duración o hay una Razón clínica para evitar el tratamiento con bifosfonatos orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 24 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: El paciente ha tenido una prueba de bifosfonato oral de al menos 1 año de duración, a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bifosfonato oral, Y el paciente cumpla CUALQUIERA de los siguientes: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por fragilidad, O 2) una puntuación T previa al tratamiento menor o igual a -2.5, O 3) una puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 y inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX antes del tratamiento. Continuación de la terapia: Si el paciente ha recibido 24 meses o más de terapia 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 de la terapia con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE CIPIONATO DE TESTOSTERONA
Nombres de medicamentos	DEPO-TESTOSTERONA, CIPIONATO DE TESTOSTERONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Disforia de género
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, terapia inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matinales bajas de testosterona total en suero confirmadas según el rango de laboratorio de referencia 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 hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tiene una concentración matinal baja de testosterona total en suero confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar con la terapia de 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 sobre la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE ENANTATO DE TESTOSTERONA
Nombres de medicamentos	ENANTATO DE TESTOSTERONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Disforia de género
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, terapia inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matinales bajas de testosterona total en suero confirmadas según el rango de laboratorio de referencia 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 hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tiene una concentración matinal baja de testosterona total en suero confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar con la terapia de 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 sobre la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TETRABENAZINA
Nombres de medicamentos	TETRABENAZINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada a la enfermedad de Huntington.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de la discinesia tardía y el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o un acontecimiento adverso intolerable a deutetrabenazina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TETRACICLINA
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE TETRACICLINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	THALOMID
Nombres de medicamentos	THALOMID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Anemia asociada a mielofibrosis, estomatitis aftosa relacionada con el SIDA, sarcoma de Kaposi, enfermedad de injerto contra huésped crónica, enfermedad de Crohn, enfermedad de Castleman multicéntrica, enfermedad de Rosai-Dorfman, histiocitosis de células de Langerhans
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TIBSOVO
Nombres de medicamentos	TIBSOVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Condrosarcoma convencional (grados 1-3) o desdiferenciado. Leucemia mieloide aguda (LMA) recién diagnosticada si tiene entre 60 y 74 años y sin comorbilidades.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente tiene una enfermedad con una mutación susceptible de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) el paciente tiene leucemia mieloide aguda recién diagnosticada y cumple uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años de edad o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, o c) el paciente tiene 60 años de edad o más y rechaza la quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el paciente tiene 60 años de edad o más y el medicamento solicitado se usará como terapia posinducción después de la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado, O 3) el paciente tiene LMA en recaída o refractaria. Para colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable o metastásico: el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión durante o después del tratamiento sistémico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TOBRAMICINA
Nombres de medicamentos	TOBRAMICINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Bronquiectasias por fibrosis no quística
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la fibrosis quística y las bronquiectasias por fibrosis no quística: 1) Pseudomonas aeruginosa presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) El paciente tiene antecedentes de infección o colonización de las vías respiratorias por Pseudomonas aeruginosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	LIDOCAÍNA TÓPICA
Nombres de medicamentos	GLYDO, LIDOCAÍNA, LIDOCAÍNA HCL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El medicamento solicitado se usa 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 de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	TESTOSTERONAS TÓPICAS
Nombres de medicamentos	TESTOSTERONA, BOMBA DE TESTOSTERONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Disforia de género
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, terapia inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matinales bajas de testosterona total en suero confirmadas según el rango de laboratorio de referencia 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 hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tiene una concentración matinal baja de testosterona total en suero confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar con la terapia de 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 sobre la terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRETINOÍNA TÓPICA
Nombres de medicamentos	TRETINOÍNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRAZIMERA
Nombres de medicamentos	TRAZIMERA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tratamiento neoadyuvante para el 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 leptomeníngeas de cáncer de mama HER2 positivo, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo, cáncer de mama HER2 positivo y adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico HER2 positivo, cáncer colorrectal de tipo salvaje RAS y BRAF con amplificación de HER2 (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumor de glándula salival recurrente HER2 positivo, hepatobiliar metastásico o irresecable HER2 positivo carcinoma (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recurrente con sobreexpresión de HER2 positiva.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es HER2 positiva y 2) el medicamento solicitado se usa junto con pertuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	TREMFYA
Nombres de medicamentos	TREMFYA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): se ven afectadas al menos el 3 % de la superficie corporal (body surface area, BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE TREPROSTINILO
Nombres de medicamentos	TREPROSTINILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	TRIENTINA
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE TRIENTINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRIKAFTA
Nombres de medicamentos	TRIKAFTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRULICITY
Nombres de medicamentos	TRULICITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La autorización previa solo se aplica a pacientes cuya reclamación no se presenta con un código ICD-10 que indique un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 O a pacientes que no tienen antecedentes de un medicamento antidiabético (EXCLUYENDO agonistas del receptor del péptido similar al glucagón [GLP- 1 RA] y combinación de polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa [GIP] y GLP-1 RA).

Grupo de autorización previa	TRUQAP
Nombres de medicamentos	TRUQAP
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRUXIMA
Nombres de medicamentos	TRUXIMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico y extraganglionar de la zona marginal), linfoma de Burkitt, linfoma cutáneo primario de células B, linfoma de células B de alto grado, histológico transformación de linfomas indolentes a linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difuso de células B grandes, 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 idiopática o inmune refractaria (PTI), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de injerto contra huésped crónica (EICH), síndrome de Sjogren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin (predominante de linfocitos nodulares), linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngeas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (VEB), esclerosis múltiple , toxicidades relacionadas con inhibidores de puntos de control inmunológico, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras, enfermedad de Rosai-Dorfman y leucemia aguda infantil de células B maduras.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) el medicamento solicitado se usará junto con metotrexato (MTX) O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX, Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes: a) respuesta inadecuada, intolerancia , o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico previo o un FAME sintético dirigido. Las neoplasias malignas hematológicas deben ser CD20 positivas. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recurrente, Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con inhibidores de puntos de control inmunológico: 3 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TUKYSA
Nombres de medicamentos	TUKYSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama positivo al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) el paciente tiene una enfermedad avanzada, irresecable o metastásica Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) Y 3) el paciente tiene una enfermedad RAS de tipo salvaje Y 4) se utilizará el medicamento solicitado en combinación con trastuzumab y 5) el paciente no ha sido tratado previamente con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TURALIO
Nombres de medicamentos	TURALIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la histiocitosis de células de Langerhans: 1) la enfermedad tiene una mutación del receptor del factor 1 estimulante de colonias (CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) la enfermedad tiene una mutación CSF1R Y el paciente tiene cualquiera de los siguientes: a) enfermedad sintomática O b) enfermedad en recaída/refractaria.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	UBRELVY
Nombres de medicamentos	UBRELVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento agudo de las migrañas: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	UCERIS
Nombres de medicamentos	BUDESONIDA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la inducción de la remisión de la colitis ulcerosa activa de leve a moderada: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos una terapia con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 2 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	V-GO
Nombres de medicamentos	VGO 20, VGO 30, VGO 40
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Omnipod GO, inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina Y 2) el paciente actualmente está realizando autodiagnóstico de los niveles de glucosa, se le asesorará sobre el autodiagnóstico de los niveles de glucosa o el paciente está utilizando un monitor de glucosa continuo Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento con insulina basal de acción prolongada. Omnipod, V-GO, inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina con múltiples inyecciones diarias Y 2) el paciente se autodiagnostica los niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente está utilizando un monitor de glucosa continuo Y 3) el paciente ha experimentado cualquiera de los siguientes síntomas con el régimen actual para la diabetes: control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, fluctuaciones amplias en la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, oscilaciones glucémicas graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VALCHLOR
Nombres de medicamentos	VALCHLOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leucemia/linfoma de células T del adulto (ATLL) crónico o latente, estadio 2 o superior de micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro del folículo, papulosis linfomatoide (LyP) positiva para CD30 , histiocitosis unifocal de células de Langerhans (HCL) con enfermedad cutánea aislada
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VANFLYTA
Nombres de medicamentos	VANFLYTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PESTAÑA DE VARENICLINA
Nombres de medicamentos	VARENICLINE STARTING MONT, TARTRATO DE VARENICLINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VELCADE
Nombres de medicamentos	BORTEZOMIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T del adulto, leucemia linfoblástica aguda, sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin, síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	VENCLEXTA
Nombres de medicamentos	VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma de células del manto, neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN), mieloma múltiple, leucemia mieloide aguda (LMA) en recaída o refractaria, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico, amiloidosis sistémica de cadenas ligeras en recaída o refractaria con translocación t(11:14), síndrome mielodisplásico
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) el paciente tiene 60 años de edad o más, O 2) el paciente tiene menos de 60 años de edad con riesgo genético desfavorable y mutación TP53, O 3) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 4) el paciente tiene enfermedad refractaria o en recaída. Para la neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN): 1) el paciente tiene una enfermedad sistémica que está siendo tratada con intención paliativa, O 2) el paciente tiene una enfermedad en recaída o refractaria. Para mieloma múltiple: 1) la enfermedad es recurrente o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se usará junto con dexametasona, Y 3) el paciente tiene una translocación t(11:14). Para macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico: 1) el paciente ha tratado previamente una enfermedad que no respondió a la terapia primaria, O 2) el paciente tiene una enfermedad progresiva o recidivante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VENTAVIS
Nombres de medicamentos	VENTAVIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 según la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, Y 2) la presión capilar pulmonar de enclavamiento previa al tratamiento es menor o igual a 15 mmHg, Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es mayor o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	VERSACLOZ
Nombres de medicamentos	VERSACLOZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de un paciente enfermo con esquizofrenia grave 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 para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERZENIO
Nombres de medicamentos	VERZENIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de mama recurrente con receptor hormonal (HR) positivo y receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo junto con fulvestrant o un inhibidor de la aromatasa, o como agente único si hay progresión con terapia endocrina previa y quimioterapia previa en el entorno metastásico.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VIGABATRINA
Nombres de medicamentos	VIGABATRINA, VIGADRONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones focales con alteración de la conciencia): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos dos fármacos antiepilépticos para las convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones focales con alteración de la conciencia).
Restricciones de edad	Espasmos infantiles: 1 mes a 2 años de edad. Convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones focales con alteración de la conciencia): 2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VITRAKVI
Nombres de medicamentos	VITRAKVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Tumores sólidos no metastásicos con fusión génica de receptores tirosínicos neurotróficos (NTRK) positivos, tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión génica NTRK positivos.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	En todos los tumores sólidos positivos a la fusión del gen de la tirosina receptora cinasa neurotrófica (NTRK), la enfermedad carece de una mutación conocida de resistencia adquirida.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VIZIMPRO
Nombres de medicamentos	VIZIMPRO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recurrente.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica y 2) el paciente tiene una enfermedad sensibilizante con mutación positiva del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VONJO
Nombres de medicamentos	VONJO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VORICONAZOL
Nombres de medicamentos	VORICONAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOSEVI
Nombres de medicamentos	VOSEVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C).
Información médica obligatorio	Para la hepatitis C: Infección confirmada por la presencia de ARN del VHC 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 VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a resistencia cuando corresponda, estado del trasplante si corresponde. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Association for the Study of Liver Diseases y Infectious Diseases Society of America (AASLD-IDSA) (AASLD-IDSA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOTRIENT
Nombres de medicamentos	VOTRIENT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Carcinoma de tiroides (folicular, papilar, de células de Hurthle o medular), sarcoma uterino, condrosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad está avanzada, en recaída o en estadio IV, O 2) el medicamento solicitado se utilizará para el carcinoma de células renales asociado a von Hippel-Lindau (VHL). Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST): el paciente cumple uno de los siguientes: 1) la enfermedad es irresecable, recurrente/progresiva o metastásica Y el paciente no ha respondido a una terapia aprobada por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib) , 2) el medicamento solicitado se usará para GIST irresecable con deficiencia de succinato deshidrogenasa (SDH), O 3) el medicamento solicitado se usará para la paliación de los síntomas si previamente se tolera y es efectivo. Para sarcoma de tejido blando (STS): el paciente no tiene un sarcoma de tejido blando adipocítico. Para sarcoma uterino: la enfermedad es recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	WELIREG
Nombres de medicamentos	WELIREG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma de células renales (CCR) avanzado: 1) el paciente recibió previamente tratamiento con un inhibidor del receptor de muerte programada 1 (PD-1) o del ligando de muerte programada 1 (PD-L1), Y 2) el paciente recibió previamente tratamiento con un inhibidor de la tirosina cinasa del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF-TKI) [p. ej., Cabometyx (cabozantinib), Inlyta (axitinib), Nexavar (sorafenib)].
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XALKORI
Nombres de medicamentos	XALKORI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) recidivante, CPCNP con amplificación de MET de alto nivel o mutación de omisión del exón 14 de MET, enfermedad de Erdheim-Chester positiva para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK) sintomática o en recaída/refractaria, enfermedad de Rosai-Dorfman positiva para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK) sintomática o en recaída/refractaria, histiocitosis de células de Langerhans positiva para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el CPNM, el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) el paciente tiene un CPNM positivo para ALK recurrente, avanzado o metastásico, O 2) el paciente tiene un CPNM positivo para ROS-1 recurrente, avanzado o metastásico, O 3) el paciente tiene un CPNM con amplificación de MET de alto nivel o mutación de omisión del exón 14 de MET. Para IMT, la enfermedad es ALK positiva. En el caso del ALCL, la enfermedad es recidivante o refractaria y ALK positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XDEMVY
Nombres de medicamentos	XDEMVY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XELJANZ
Nombres de medicamentos	XELJANZ, XELJANZ XR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (tumor necrosis factor, TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]), Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) no biológico. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., adalimumab-aacf, Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab], Idacio [adalimumab-aacf]).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XERMELO
Nombres de medicamentos	XERMELO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XGEVA
Nombres de medicamentos	XGEVA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hipercalcemia de una enfermedad maligna: la afección es refractaria al tratamiento con bifosfonatos intravenosos (IV) o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con bifosfonatos intravenosos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	XHANCE
Nombres de medicamentos	XHANCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con el aerosol nasal genérico de fluticasona.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XIFAXAN
Nombres de medicamentos	XIFAXAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el síndrome del intestino irritable con diarrea (SII-D): 1) El paciente no ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado O 2) El paciente ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado Y a) el paciente está experimentando una recurrencia de los síntomas Y b) el paciente no ha recibido ya un tratamiento inicial de 14 días y dos tratamientos adicionales de 14 días con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia manifiesta de HE: 6 meses, SII-D: 14 dias
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XOLAIR
Nombres de medicamentos	XOLAIR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el asma persistente de moderada a grave, terapia inicial: 1) El paciente tiene un resultado positivo en la prueba cutánea (o análisis de sangre) para al menos un aeroalérgeno perenne; 2) el paciente tiene un nivel inicial de IgE superior o igual a 30 UI/ml; Y 3) el paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: a) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta; Y b) control adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno, o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma persistente de moderada a grave, continuación de la terapia: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral. Para la urticaria crónica espontánea (UCE), terapia inicial: 1) El paciente ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluidos el angioedema relacionado con la bradicinina y los síndromes urticariales IL-1-asociados (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial); 2) el paciente ha experimentado una aparición espontánea de ronchas, o ambos, durante al menos 6 semanas; Y 3) el paciente sigue siendo sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para UCE, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado un beneficio (p. ej., mejoría en los síntomas) desde el inicio de la terapia. Para rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP): 1) El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona).
Restricciones de edad	CSU: 12 años de edad o más Asma: 6 años de edad o más CRSwNP: 18 años de edad o más Alergia alimentaria mediada por IgE: 1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial de la UCE: 6 meses; todos los demás: Año del plan
Otros criterios	Para alergia alimentaria mediada por IgE, terapia inicial: El paciente tiene un nivel inicial de IgE superior o igual a 30 UI/ml. Para alergia alimentaria mediada por IgE, continuación de la terapia: El paciente ha experimentado un beneficio como lo demuestra una disminución en la hipersensibilidad (p. ej., síntomas de la piel, respiratorios o gastrointestinales de moderados a graves) al alérgeno de los alimentos.

Grupo de autorización previa	XOSPATA
Nombres de medicamentos	XOSPATA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento FLT3
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la tirosina cinasa 3 (FLT3) similar a FMS: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XPOVIO
Nombres de medicamentos	XPOVIO, XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA, XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), linfoma de células B de alto grado
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para mieloma múltiple: El paciente debe haber sido tratado con al menos una terapia previa. Para linfomas de células B: El paciente debe haber sido tratado con al menos dos líneas de terapia sistémica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XTANDI
Nombres de medicamentos	XTANDI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XYREM
Nombres de medicamentos	OXIBATO DE SODIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico ha sido confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño, Y 2) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) si el paciente tiene 17 años de edad o menos, ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), b) Si el paciente tiene 18 años de edad o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco que promueve la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos que promueven la vigilia en el sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico ha sido confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Si la solicitud es para continuar la terapia, entonces el paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.
Restricciones de edad	7 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZARXIO
Nombres de medicamentos	ZARXIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), neutropenia relacionada con trasplante renal, síndrome hematopoyético del síndrome de radiación aguda
Criterio de exclusión	Uso del producto solicitado dentro de las 24 horas previas o posteriores a la quimioterapia.
Información médica obligatorio	Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir los dos requisitos siguientes: 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 anticancerígena mielosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZEJULA
Nombres de medicamentos	ZEJULA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Leiomiosarcoma uterino
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el leiomiosarcoma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea, Y 2) la paciente tiene la enfermedad alterada por el BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZELBORAF
Nombres de medicamentos	ZELBORAF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, leucemia de células pilosas, carcinoma de tiroides (es decir, carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, astrocitoma, glioblastoma, glioma difuso pediátrico de alto grado), adyuvante Terapia sistémica para melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, astrocitoma, glioblastoma, glioma difuso de alto grado pediátrico): 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 utiliza para el tratamiento del glioma difuso de alto grado pediátrico. Para melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con cobimetinib, Y 3) El medicamento solicitado se Se utiliza para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, o b) terapia sistémica adyuvante. 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. Para el carcinoma de tiroides papilar, folicular y de células de Hürthle: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF, Y 2) La enfermedad no es susceptible a la terapia con yodo radiactivo (RAI).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZIEXTENZO
Nombres de medicamentos	ZIEXTENZO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterio de exclusión	Uso del producto solicitado menos de 24 horas antes o después de la quimioterapia.
Información médica obligatorio	Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: el paciente debe cumplir los dos requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide, y 2) El paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia anticancerígena mielosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZIRABEV
Nombres de medicamentos	ZIRABEV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Adenocarcinoma ampular, cáncer de mama, cánceres del sistema nervioso central (SNC), mesotelioma pleural maligno, mesotelioma peritoneal maligno, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de túnica vaginal, sarcomas de partes blandas, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, cánceres vulvares, adenocarcinoma del intestino delgado y trastornos relacionados con la oftalmología: edema macular del diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) asociada a la edad, incluidos los subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomatosa retiniana, edema macular tras la oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se negará la cobertura de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B mientras el medicamento se receta, dispensa o administra al individuo.

Grupo de autorización previa	ZOLINZA
Nombres de medicamentos	ZOLINZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Micosis fungoide (MF)/Síndrome de Sézary (SS)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZONISADE
Nombres de medicamentos	ZONISADE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento complementario 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., tabletas, cápsulas).
Restricciones de edad	16 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZTALMY
Nombres de medicamentos	ZTALMY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	2 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZURZUVAE
Nombres de medicamentos	ZURZUVAE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento de la depresión posparto (postpartum depression, PPD): el diagnóstico se confirmó mediante escalas de valoración estandarizadas que miden de forma fiable los síntomas depresivos (p. ej., escala de Hamilton para la evaluación de la depresión [Hamilton Depression Rating Scale, [HDRS], escala de Edimburgo para la depresión posnatal [Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS], cuestionario de salud del paciente 9 [Patient Health Questionnaire 9, PHQ9], escala de Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión [Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS], inventario de la depresión de Beck [Beck's Depression Inventory, BDI], etc.).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYDELIG
Nombres de medicamentos	ZYDELIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Linfoma linfocítico pequeño (SLL)
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para CLL/SLL: el medicamento solicitado se utiliza como terapia de segunda línea o posterior
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYKADIA
Nombres de medicamentos	ZYKADIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos no autorizados	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) ALK positivo recurrente, CPCNP positivo para ROS1 recurrente, avanzado o metastásico, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), metástasis cerebrales de CPCNP.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para CPCNP: el paciente tiene enfermedad ALK positiva o ROS1 positiva recurrente, avanzada o metastásica. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio: la enfermedad es ALK positiva. Para metástasis cerebrales de CPCNP: el paciente tiene CPCNP ALK positivo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYPREXA RELPREVV
Nombres de medicamentos	ZYPREXA RELPREVV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Se ha establecido la tolerabilidad de la olanzapina oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-