

Criterios de AP

Grupo de autorización previa	ABILIFY ASIMTUFII
Nombres de medicamentos	ABILIFY ASIMTUFII
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 del aripiprazol oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ABILIFY MYCITE
Nombres de medicamentos	KIT DE MANTENIMIENTO DE ABILIFY MYCITE, KIT DE INICIO DE ABILIFY MYCITE
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. Para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina Y 2) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Rexulti, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ABIRATERONA
Nombres de medicamentos	ACETATO DE ABIRATERONA, ZYTIGA
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	ACTEMRA
Nombres de medicamentos	ACTEMRA, ACTEMRA ACTPEN
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 Castleman
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 dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Kevzara (sarilumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil (juvenile idiopathic arthritis, JIA) sistémica activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), un corticosteroide, metotrexato o leflunomida, O 2) una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying anti-rheumatic drug, DMARD) biológico previo. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ACTHAR HP
Nombres de medicamentos	ACTHAR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para los siguientes diagnósticos, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un glucocorticoide parenteral u oral (solo para enfermedades oftálmicas, también es aceptable una respuesta inadecuada a una prueba de un glucocorticoide oftálmico tópico): 1) Para trastornos reumáticos (p. ej., artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante): El medicamento solicitado debe usarse como tratamiento coadyuvante, 2) Para el síndrome nefrótico: el medicamento solicitado debe solicitarse para la inducción de la diuresis o para la remisión de la proteinuria, 3) Para la esclerosis múltiple (EM): el paciente tiene una exacerbación aguda de la EM, 4) Enfermedades relacionadas con el colágeno (p. ej., lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis o polimiositis), 5) Enfermedades dermatológicas (p. ej., eritema multiforme grave, síndrome de Stevens-Johnson), 6) Enfermedades oftálmicas, agudas o crónicas (p. ej., iritis, queratitis, neuritis óptica), 7) Sarcoidosis sintomática, 8) Enfermedad del suero. Para espasmos infantiles (IS): para continuar la terapia, el paciente debe mostrar un beneficio clínico sustancial con el tratamiento.
Restricciones de edad	Para espasmos infantiles (IS) solicitud inicial: paciente menor de 2 años
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	IS: 6 meses. Exacerbación de la EM: 3 semanas. Enfermedad del suero: 1 mes. Todos los demás diagnósticos: A los 3 meses
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	ADAKVEO
Nombres de medicamentos	ADAKVEO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	16 años de edad o más
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	ADAPALENO
Nombres de medicamentos	ADAPALENO, DIFFERINE
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	ADBRY
Nombres de medicamentos	ADBRY
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, 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 dermatitis atópica, continuación del tratamiento: el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 4 meses, Continuación: 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	ADLARITY
Nombres de medicamentos	ADLARITY
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	Demencia vascular
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente no puede tomar presentaciones farmacéuticas orales (p. ej., dificultad para tragar tabletas o cápsulas). Para demencia tipo Alzheimer: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para el parche transdérmico de rivastigmina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ADZYNMA
Nombres de medicamentos	ADZYNMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la púrpura trombocitopénica trombótica congénita (congenital thrombotic thrombocytopenic purpura, cTTP), inicial: el diagnóstico se ha confirmado mediante pruebas genéticas o análisis enzimático con mutaciones bialélicas en el gen ADAMTS13. Para la cTTP, continuación: el paciente responde al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses, continuación: 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	AJOVY
Nombres de medicamentos	AJOVY
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: 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. 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	AKLIEF
Nombres de medicamentos	AKLIEF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	9 años de edad o más
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 (CPCNP) positivo para ALK recurrente, metástasis cerebrales de CPCNP 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 (CPCNP): la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALICOPA
Nombres de medicamentos	ALICOPA
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 extranodal de la zona marginal (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos (no cutáneos), linfoma ganglionar de la zona marginal, linfoma esplénico de la zona marginal
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el linfoma folicular, linfoma de la zona marginal extraganglionar (EMZL) del estómago, EMZL de sitios no gástricos (no cutáneos), linfoma de la zona marginal ganglionar y linfoma de la zona marginal esplénica: 1) la enfermedad es recidivante o refractaria Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior después de al menos 2 terapias previas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ALKINDI
Nombres de medicamentos	ALKINDI SPRINKLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para insuficiencia adrenocortical: 1) El paciente requiere una concentración que no está disponible en las tabletas de hidrocortisona (p. ej., 0,5 mg, 1 mg o 2 mg) O 2) El paciente tiene dificultad para tragar las tabletas de hidrocortisona.
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, LOTRONEX
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	INHIBIDOR DE LA PROTEINASA ALFA1
Nombres de medicamentos	ARALAST NP, GLASSIA, 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	ALPRAZOLAM ER
Nombres de medicamentos	ALPRAZOLAM ER, XANAX XR
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 pánico: 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 el trastorno de pánico, O 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) Y 2) El médico prescriptor debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito 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).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 4 meses
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
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	ALYMSYS
Nombres de medicamentos	ALYMSYS
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 corioidopatía polipoidea y proliferación angiomasosa 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	Para todas las indicaciones excepto trastornos relacionados con la oftalmología: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Restricciones 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	AMBRISENTÁN
Nombres de medicamentos	AMBRISENTAN, LETAIRIS
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	AMJEVITA
Nombres de medicamentos	AMJEVITA
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): 1) al menos el 3 % del área de 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, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
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	ANFETAMINAS
Nombres de medicamentos	ADDERALL, ADDERALL XR, ADZENYS XR-ODT, ANFETAMINA/DEXTROAMPHETA, DEXEDRINA, SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, DYANAVEL XR, MYDAYIS, XELSTRYM, ZENZEDI
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	AMVUTTRA
Nombres de medicamentos	AMVUTTRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la polineuropatía de la amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina, tratamiento inicial: el paciente tiene una mutación positiva en el gen TTR y presenta una manifestación clínica de la enfermedad. Para la polineuropatía de la amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina, continuación del tratamiento: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AMZEEQ
Nombres de medicamentos	AMZEEQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	9 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	APOKYN
Nombres de medicamentos	APOKYN, CLORHIDRATO DE APOMORFINA
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 episodios "inactivos" en la enfermedad de Parkinson, continuación: 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	ARANESP
Nombres de medicamentos	ARANESP SIN ALBÚMINA
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 en pacientes con síndromes mielodisplásicos (MDS)
Criterio de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
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 anemia debida a enfermedad renal (CKD): 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: pretratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL, Y 3) para la anemia en pacientes con síndrome mielodisplásico (SMD): el nivel de eritropoyetina sérica (EPO) previo al tratamiento es igual o inferior a 500 unidades internacionales/L. Para reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos: 1) el paciente ha recibido al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina, Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina, Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dL, Y 4) para el CDK: 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	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	ARAZLO
Nombres de medicamentos	ARAZLO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	9 años de edad o más
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 mismo 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	ARIKAYCE
Nombres de medicamentos	ARIKAYCE
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	ARMODAFINILO
Nombres de medicamentos	ARMODAFINILO, NUVIGIL
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	ASPARLAS
Nombres de medicamentos	ASPARLAS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	21 años de edad o menos
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ASPRUZYO
Nombres de medicamentos	ASPRUZYO SPRINKLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para angina crónica: 1) El paciente ha probado tabletas de ranolazina O 2) El paciente no puede tomar tabletas de ranolazina por algún motivo (p. ej., dificultad para tragar tabletas, requiere administración nasogástrica).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AUBAGIO
Nombres de medicamentos	AUBAGIO, TERIFLUNOMIDA
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	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	AURYXIA
Nombres de medicamentos	AURYXIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado no se prescribe para el tratamiento de la anemia ferropénica en pacientes adultos con enfermedad renal crónica que no reciben diálisis.
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 (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	AVASTÍN
Nombres de medicamentos	AVASTÍN
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 angiomasosa 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	Para todas las indicaciones excepto trastornos relacionados con la oftalmología: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Restricciones 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	AVEED
Nombres de medicamentos	AVEED
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"). En el caso de la disforia de género, el paciente puede tomar una decisión informada de someterse a terapia hormonal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AVONEX
Nombres de medicamentos	AVONEX, AVONEX PEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para formas recurrentes de esclerosis múltiple (EM) y síndrome clínicamente aislado: el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Betaseron.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AVSOLA
Nombres de medicamentos	AVSOLA
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	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	AZSTARYS
Nombres de medicamentos	AZSTARYS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente cumple ambas de las siguientes opciones: 1) El paciente tiene un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o Trastorno por Déficit de Atención (TDA) Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un producto de anfetamina genérico o un metilfenidato genérico. producto.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Nombres de medicamentos

ABELCET, ABRAXANE, ACETILCISTEÍNA, ACICLOVIR SÓDICO, AKYNZEO, SULFATO DE ALBUTEROL, ALIMTA, AMBISOME, ANFOTERICINA B, LIPOSOMA DE ANFOTERICINA B, APREPITANT, TARTRATO DE ARFORMOTEROL, ARZERRA, ASTAGRAF XL, ATGAM, AZACITIDINA, AZASAN, AZATIOPRINA, CLORHIDRATO DE BENDAMUSTINA, BENDEKA, SULFATO DE BLEOMICINA, BROVANA, BUDESONIDA, CALCITONINA SALMÓN, CALCITONINA-SALMÓN, CALCITRIOL, CARBOPLATINO, CARNITOR, CELLCEPT, 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, CLINIMIX E 2,75%/DEXTROSA, CLINIMIX E 4. 25%/DEXTROSA, CLINIMIX E 5%/DEXTROSA 15, CLINIMIX E 5%/DEXTROSA 20, CLINIMIX E 8/10, CLINIMIX E 8/14, CLINISOL SF 15%, CLINOLIPID, CLORHIDRATO DE CLONIDINA, CROMOGLICATO SÓDICO, CICLOFOSFAMIDA, CICLOFOSFAMIDA MONOHIDRATO, CICLOSPORINA, CICLOSPORINA MODIFICADA, CITARABINA, CITARABINA ACUOSA, DACARBAZINA, DECITABINA, DEPO-MEDROL, DEXAMETASONA, DEXAMETASONA INTENSOL, DEXRAZOXANO, DEXTROSA 50%, DEXTROSA 70%, DILAUDID, DIFTERIA/TOXOIDE TETANO, DOCETAXEL, DOXERCALCIFEROL, DOXIL, DOXORUBICINA HCL, DOXORUBICINA CLORHIDRATO, DRONABINOL, DUOPA, DURACLON, ELITEK, ELLENCE, EMEND, EMEND TRIPACK, ENGERIX-B, ENVARBUS XR, EPOPROSTENOL SÓDICO, ERBITUX, ETOFOFOS, ETOPÓSIDO, EVEROLIMUS, FASLODEX, FIASP PUMPCART, FLOLAN, FOSFATO DE FLUDARABINA, FLUOROURACILO, FORMOTEROL FUMARATO, FOSCARNET SÓDICO, FULVESTRANT, GAMASTÁN, GANCICLOVIR, GEMCITABINA HCL, GEMCITABINA CLORHIDRATO, GENGRAF, CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN, HALAVEN, HEPARINA SÓDICA, HEPLISAV-B, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, HIDROMORFONA HCL, HIDROMORFONA CLORHIDRATO, HIDROXIPROGESTERONA CAPRO, IBANDRONATO SÓDICO, IFEX, IFOSFAMIDA, IMOVAX RABIA (H. D.C.V.), IMURAN, INTRALIPID, BROMURO DE IPRATROPIO, BROMURO DE IPRATROPIO/ALBUT, IRINOTECÁN, CLORHIDRATO DE IRINOTECÁN, KIT IXEMPRA, JYNNEOS, KADCYLA, KENALOG-10, KENALOG-40, KENALOG-80, KHAPZORY, LEUCOVORINA CÁLCICA, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL CLORHIDRATO, LEVOCARNITINA, LEVOLEUCOVORINA, LEVOLEUCOVORINA CÁLCICA, LIDOCAÍNA HCL, LIDOCAÍNA CLORHIDRATO, LIDOCAÍNA/PRILOCAÍNA, MARINOL, MEDROL, METOTREXATO, METOTREXATO SÓDICO, METILPREDNISOLONA, METILPREDNISOLONA ACETATO, METILPREDNISOLONA SÓDICA, MIACALCINA, MILLIPRED, MITOMICINA, MITOXANTRONA HCL, SULFATO DE MORFINA, MORFINA SULFATO/SODIO C, MICOFENOLATO MOFETIL, ÁCIDO MICOFENÓLICO DR, MYFORTIC, NEBUPENT, NEORAL, NIPENT, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRÓN HCL, ONDANSETRÓN CLORHIDRATO, ONDANSETRÓN ODT, ONIVYDE, ORAPRED ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATO DISÓDICO, PARAPLATIN,

PARICALCITOL, PEDIAPRED, PEMETREXED, PENTAMIDINA ISETIONATO, PERFOROMIST, PLENAMINA, PREDNISOLONA, PREDNISOLONA SÓDICA PHOSP, PREDNISONA, PREDNISONA INTENSOL, PREHEVBRIO, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, PULMICORT, RABAVERT, RAPAMUNE, RAYOS, RECLAST, RECOMBIVAX HB, ROCALTROL, SANDIMMUNE, SENSIPAR, SIROLIMUS, SMOFLIPID, SOLU-MEDROL, SYNDROS, TACROLIMUS, TDVAX, TEMSIROLIMUS, TENIVAC, TOPOTECAN HCL, CLORHIDRATO DE TOPOTECAN, TORISEL, TPN ELECTROLITOS, TRAVASOL, TREANDA, TREXALL, ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, TROFAMINA, VALRUBICINA, VALSTAR, VARUBI, VECTIBIX, VELETRI, VIDAZA, SULFATO DE VINBLASTINA, SULFATO DE VINCISTINA, TARTRATO DE VINOELBINA, XATMEP, XILOCAÍNA, XILOCAÍNA-MPF, ZEMPLAR, ZILRETTA, ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, ZORTRESS

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	BACLOFEN
Nombres de medicamentos	BACLOFEN
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 formas de dosificación sólidas por vía oral por algún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas, necesidad de administración mediante sonda de alimentación).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	BANZEL, 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	BAVENCIO
Nombres de medicamentos	BAVENCIO
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 trofoblástica gestacional, carcinoma de endometrio
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se utilizará como cualquiera de los siguientes: 1) terapia de mantenimiento si no hay progresión con la quimioterapia de primera línea que contiene platino O 2) terapia posterior para cualquiera de los siguientes: a) carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico, b) carcinoma urotelial de vejiga con recurrencia local con invasión muscular o enfermedad persistente en una vejiga preservada, c) carcinoma urotelial de vejiga con recurrencia metastásica o local después de cistectomía, d) carcinoma primario recurrente de uretra, o e) carcinoma urotelial de vejiga con enfermedad en estadio II-IV. Para el carcinoma de células renales: la enfermedad está avanzada, en recaída o en estadio IV, Y el medicamento solicitado se usará en combinación con axitinib como terapia de primera línea. Para la neoplasia trofoblástica gestacional, el medicamento solicitado se utilizará para la enfermedad resistente a la quimioterapia multiagente cuando la paciente cumpla con cualquiera de los siguientes requisitos: 1) enfermedad de alto riesgo O 2) tiene un tumor trofoblástico intermedio recurrente o progresivo (tumor trofoblástico del sitio placentario o tumor trofoblástico epiteloide). Para el carcinoma de células de Merkel, el fármaco solicitado se utiliza para la enfermedad metastásica. Para el carcinoma de endometrio, 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea, 2) la enfermedad es recurrente o metastásica, Y 3) la enfermedad tiene inestabilidad de microsatélites alta (MSI-H) o reparación deficiente de errores de coincidencia (dMMR).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BELBUCA
Nombres de medicamentos	BELBUCA
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	BELEODAQ
Nombres de medicamentos	BELEODAQ
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 en adultos, linfoma extranodal de células NK/T, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios.
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	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	BEOVU
Nombres de medicamentos	BEOVU
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 oftalmólogo u optometrista
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	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	BESPONSA
Nombres de medicamentos	BESPONSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la leucemia linfoblástica aguda (LLA) precursora de células B: El tumor es CD22-positivo, confirmado por pruebas o análisis para identificar la proteína CD22 en la superficie de las células B.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
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	BEXAROTANO, TARGRETIN
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	BIMZELX
Nombres de medicamentos	BIMZELX
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) 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, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSENTÁN
Nombres de medicamentos	BOSENTAN, TRACLEER
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	BÓTOX
Nombres de medicamentos	BÓTOX
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 secundaria a enfermedad de Parkinson avanzada, espasmo hemifacial, fisura anal crónica, acalasia, disfonía espasmódica (distonía laríngea), distonía oromandibular, hiperhidrosis palmar, temblor esencial, dolor miofascial.
Criterio de exclusión	Uso cosmético.
Información médica obligatorio	Para la profilaxis de la migraña crónica, tratamiento inicial: el paciente experimenta al menos 15 días de dolor de cabeza por mes y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o una contraindicación a un inhibidor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Para la profilaxis de la migraña crónica, continuación del tratamiento (después de 2 ciclos de inyección): Más días sin dolor de cabeza al mes desde que comenzó la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Migraña crónica, tratamiento inicial: 6 meses, renovación: Año del plan Año del plan para todas las demás indicaciones.
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	BRIUMVI
Nombres de medicamentos	BRIUMVI
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	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	BUDESONIDA-FORMOTEROL
Nombres de medicamentos	BREYNA, BUDESONIDA/FORMOTEROL FUM, SYMBICORT
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 asma y tratamiento de mantenimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para fluticasona-salmeterol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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	PARCHE DE BUPRENORFINA
Nombres de medicamentos	BUPRENORFINA, BUTRANOS
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	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 insulínico 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 insulínico dependiente de glucosa [glucose-dependent insulintropic polypeptide, GIP] y GLP-1 RA).
Grupo de autorización previa	BYLVAY
Nombres de medicamentos	BYLVAY, BYLVAY (PELLETS)
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 prurito en la colestasis intrahepática familiar progresiva (progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC) (solicitudes iniciales): 1) el diagnóstico de PFIC se ha confirmado mediante pruebas genéticas, 2) el paciente no tiene PFIC de tipo 2 con variantes de ABCB11 que den lugar a una ausencia completa o no funcional de proteína de la bomba de exportación de sal biliar (bile salt export pump protein, BSEP-3), 3) el paciente no tiene ninguna otra enfermedad hepática concomitante Y 4) el paciente no ha recibido un trasplante hepático. Para el tratamiento del prurito en la PFIC (solicitudes de continuación): el paciente ha experimentado un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mejora del prurito). Para el tratamiento del prurito en la colestasis con síndrome de Alagille (Alagille Syndrome, ALGS) (continuación):el paciente ha experimentado un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mejora del prurito).
Restricciones de edad	Para la PFIC: 3 meses de edad o más, para el ALGS: 12 meses de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Inicial 6 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOOOVIZ
Nombres de medicamentos	BOOOVIZ
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 oftalmólogo u optometrista
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	CABLIVI
Nombres de medicamentos	CABLIVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (aTTP): Curso inicial y extensión del tratamiento: El paciente no ha experimentado más de 2 recidivas de aTTP mientras tomaba el fármaco solicitado. Para el curso inicial de aTTP: 1) la solicitud es para tratamiento durante el período de intercambio plasmático y/o inmediatamente después de completar el intercambio plasmático (PE), 2) el paciente recibirá o ha recibido el medicamento solicitado con PE, 3) el medicamento solicitado se administrará en combinación con terapia inmunosupresora, y 4) el paciente no recibirá el medicamento solicitado más allá de 30 días desde el cese de la EP a menos que el paciente haya documentado aTTP persistente. Para la extensión de la terapia con aTTP: 1) la solicitud se refiere a la prolongación del tratamiento tras el ciclo inicial del fármaco solicitado (ciclo inicial: tratamiento con el fármaco solicitado durante y 30 días después del recambio plasmático), 2) el paciente presenta signos documentados de aTTP subyacente persistente (ejemplo: niveles de actividad de ADAMTS13 gravemente reducidos [menos del 10%]), 3) el fármaco solicitado se administrará en combinación con un tratamiento inmunosupresor, y 4) el paciente no ha recibido una prolongación previa del tratamiento de 28 días tras el ciclo inicial del fármaco solicitado para este ciclo de tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Curso inicial: 60 días, Prórroga: 28 días
Otros criterios	-

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 transfección (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	CALCIPOTRIENO, CALCIPOTRIENO/BETAMETASO, CALCITRENO, ENSTILAR, SORILUX, TACLONEX
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	CALCITRIOL
Nombres de medicamentos	CALCITRIOL VECTICO
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 linfoplasmácítico), 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	CAMBIA
Nombres de medicamentos	CAMBIA, DICLOFENACO POTÁSICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Hipersensibilidad conocida (p. ej., reacciones anafilácticas y reacciones cutáneas graves) al diclofenaco o cualquier componente del medicamento solicitado. Antecedentes de asma, urticaria u otras reacciones de tipo alérgico después de tomar aspirina u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El medicamento solicitado se utilizará en el contexto de una cirugía de injerto de derivación de arteria coronaria (CABG).
Información médica obligatorio	1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos UNO de los siguientes medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): a) ibuprofeno, b) flurbiprofeno, c) ketoprofeno, d) naproxeno Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista triptán 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CAMZYOS
Nombres de medicamentos	CAMZYOS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la miocardiopatía hipertrópica obstructiva: 1) antes de iniciar la terapia, el paciente tiene una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 55 por ciento o más Y 2) el paciente tiene síntomas de clase II-III de la New York Heart Association (NYHA).
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	CARBAGLU, ÁCIDO CARGLUMICO
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	CEQUA
Nombres de medicamentos	CEQUA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a Restasis (emulsión de ciclosporina al 0,05 por ciento) Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Xiidra (lifitegrast).
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	CLORDIAZEPOXIDO
Nombres de medicamentos	CLORDIAZEPÓXIDO HCL, CLORDIAZEPÓXIDO HIDROCLÓRICO
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 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, recetarlos 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) o 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-preoperatoria, aprensiones y ansiedad-1 mes, Trastorno de ansiedad-4 meses, Abstinencia Alc-Plan AÑO
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Grupo de autorización previa	CHOLBAM
Nombres de medicamentos	CHOLBAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para trastornos de la síntesis de ácidos biliares debidos a defectos de una sola enzima (SED) y tratamiento complementario de trastornos peroxisomales (PD): El diagnóstico se confirmó mediante espectrometría de masas u otras pruebas bioquímicas o genéticas. Para los trastornos de la síntesis de ácidos biliares debidos a SED y al tratamiento complementario de las EP, continuación del tratamiento: El paciente ha logrado y mantenido una mejora en la función hepática.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 6 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CIBINQO
Nombres de medicamentos	CIBINQO
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 (DA), continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 4 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CIMERLI
Nombres de medicamentos	CIMERLI
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 oftalmólogo u optometrista
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	CIMZIA
Nombres de medicamentos	CIMZIA, KIT DE INICIO CIMZIA
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 Crohn activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en periodo de lactancia. 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 tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Kevzara (sarilumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada), O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en periodo de lactancia. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada), O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en periodo de lactancia. Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Taltz (ixekizumab), O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en periodo de lactancia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan

Otros criterios

Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo 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, Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab), O b) la paciente está actualmente embarazada y/o en periodo de lactancia. 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 dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada), O 2) la paciente está actualmente embarazada y/o en periodo de lactancia.

Grupo de autorización previa

Nombres de medicamentos

Indicador de indicación de PA

Usos no autorizados

Criterio de exclusión

Información médica obligatorio

CINQAIR

CINQAIR

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

Asma grave, tratamiento inicial: 1) Ya sea a) El paciente tiene un recuento basal de eosinófilos en sangre de al menos 400 células por microlitro O b) El paciente depende de corticosteroides sistémicos, y 2) El paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos siguientes medicamentos: a) corticosteroide inhalado en dosis media a alta y b) 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. Asma grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción de la dosis diaria de mantenimiento de corticoides orales.

Restricciones de edad

Restricciones del médico

Duración de la cobertura

Otros criterios

18 años de edad o más

-

Año del plan

-

Grupo de autorización previa	CINRYZE
Nombres de medicamentos	CINRYZE
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. 6 años de edad o más
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	CLOBAZAM
Nombres de medicamentos	CLOBAZAM, ONFI
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	ANAFRANIL, 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	COLUMVI
Nombres de medicamentos	COLUMVI
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 transfección (RET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CONJUPRI
Nombres de medicamentos	CONJUPRI, LEVAMLODIPINA
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 intolerancia a la amlodipina.
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	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	CORTROFINA
Nombres de medicamentos	CORTROFINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para los siguientes diagnósticos, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con un glucocorticoide parenteral u oral (solo para enfermedades oftálmicas, también es aceptable una respuesta inadecuada a una prueba de un glucocorticoide oftálmico tópico): 1) Para trastornos reumáticos (p. ej., artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis gotosa aguda): El medicamento solicitado debe usarse como tratamiento coadyuvante, 2) Para el síndrome nefrótico: el medicamento solicitado debe solicitarse para la inducción de la diuresis o para la remisión de la proteinuria, 3) Para la esclerosis múltiple (EM): el paciente tiene una exacerbación aguda de la EM, 4) Enfermedades del colágeno (p. ej., lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis o polimiositis), 5) Enfermedades dermatológicas (p. ej., eritema multiforme grave, síndrome de Stevens-Johnson, psoriasis grave), 6) Enfermedades oftálmicas, agudas o crónicas (p. ej., iritis, queratitis , neuritis óptica), 7) Sarcoidosis sintomática, 8) Estados alérgicos (p. ej., enfermedad del suero, dermatitis atópica).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Exacerbación de la EM: 3 semanas. Estados alérgicos: 1 mes. Todos los demás diagnósticos: A los 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COSENTYX
Nombres de medicamentos	COSENTYX, COSENTYX SENSOREADY PEN, COSENTYX UNOREADY
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) 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, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica 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, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Taltz (ixekizumab). Para un adulto con artritis psoriásica (psoriatic arthritis, PsA) activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la hidradenitis supurativa de moderada a grave (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, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf).
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	CRESEMBA
Nombres de medicamentos	CRESEMBA
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	Candidiasis esofágica resistente al fluconazol en un paciente con VIH.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se utiliza por vía oral. Para la aspergilosis invasiva y la candidiasis esofágica resistente al fluconazol en un paciente con VIH: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el voriconazol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses. Candidiasis esofágica: 1 mes.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE CRESEMBA
Nombres de medicamentos	CRESEMBA
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 utiliza por vía oral mediante administración por sonda nasogástrica (NG) o por vía intravenosa. Para la aspergilosis invasiva: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el voriconazol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CRINONE
Nombres de medicamentos	CRINONE
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	Profilaxis del parto prematuro en mujeres con cuello uterino corto
Criterio de exclusión	Recetado para promover la fertilidad
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CRYSVITA
Nombres de medicamentos	CRYSVITA
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	CUTAQUIG
Nombres de medicamentos	CUTAQUIG
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	CUVITRU
Nombres de medicamentos	CUVITRU
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	CUVRIOR
Nombres de medicamentos	CUVRIOR
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	CYRAMZA
Nombres de medicamentos	CYRAMZA
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 de esófago, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, adenocarcinoma apendicular, mesotelioma pleural, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal testicular
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para cáncer colorrectal y adenocarcinoma apendicular: el paciente tiene enfermedad avanzada o metastásica. Para NSCLC: 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	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	AMPYRA, 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	DARAPRIM
Nombres de medicamentos	DARAPRIM, PIRIMETAMINA
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	Profilaxis de la toxoplasmosis, profilaxis de la neumonía por Pneumocystis jirovecii, tratamiento de la cistosisporiasis y profilaxis secundaria.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la profilaxis primaria de la toxoplasmosis y la profilaxis de la neumonía por Pneumocystis jirovecii (PCP): 1) El paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) Y 2) El paciente ha tenido un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 3 meses. Para la profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: El paciente ha tenido un recuento de células CD4 inferior a 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses. Para el tratamiento de la cistosisporiasis: El paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación al TMP-SMX. Para la profilaxis de la cistosisporiasis secundaria: 1) El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación a TMP-SMX Y 2) El paciente ha tenido un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Toxo tx congénito: Año del plan Acqu toxo tx, primi toxo ppx, PCP ppx: 3 meses Sec toxo ppx, cisto tx/ppx: 6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DARZALEX
Nombres de medicamentos	DARZALEX
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
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	DARZALEX FASPRO
Nombres de medicamentos	DARZALEX FASPRO
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	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	DÍABUE
Nombres de medicamentos	DÍABUE
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	DEFERASIROX
Nombres de medicamentos	DEFERASIROX, EXJADE, JADENU, JADENU SPRINKLE
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	DEFEROXAMINA
Nombres de medicamentos	MESILATO DE DEFEROXAMINA, DESFERAL
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	Toxicidad del aluminio en pacientes sometidos a diálisis
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la sobrecarga crónica de hierro: 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	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	DEMSER
Nombres de medicamentos	DEMSER, 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, PRISTIQ
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 HCL ER, DEXMETILFENIDATO HYDROC, FOCALIN, FOCALIN XR
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, recetarlos en dosis reducidas o usarlos 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	DIBENCILINA
Nombres de medicamentos	DIBENCILINA, HIDROCHL DE FENOXIBENZAMINA
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 contraindicación a un bloqueante selectivo de los receptores adrenérgicos alfa 1 (por ejemplo, doxazosina).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DICLOFENACO 1,5% SOL
Nombres de medicamentos	DICLOFENACO SÓDICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la osteoartritis de la(s) rodilla(s): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al gel de diclofenaco al 1%.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DICLOFENACO 2 % SOL
Nombres de medicamentos	DICLOFENACO SÓDICO, PENNSAID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la osteoartritis de la(s) rodilla(s): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a AMBOS de los siguientes: A) gel de diclofenaco sódico al 1%, B) solución tópica de diclofenaco sódico al 1,5%.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DICLOFENACO 3 % GEL
Nombres de medicamentos	DICLOFENACO SÓDICO
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 la gabapentina. A) crema de imiquimod al 5 por ciento, B) crema o solución de fluorouracilo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DOJOLVI
Nombres de medicamentos	DOJOLVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para los trastornos de oxidación de ácidos grasos de cadena larga (LC-FAOD): Se cumplen al menos dos de los siguientes criterios de diagnóstico: a) elevación de acilcarnitina específica de la enfermedad (p. ej., C16 y/o C18:1 para la deficiencia de CPT2, C16-OH y/o C18 y otras acilcarnitinas para la deficiencia de LCHAD y TFP, C14 :1 y/u otras acilcarnitinas de cadena larga para la deficiencia de VLCAD) en una gota de sangre de recién nacido o en plasma, b) baja actividad enzimática en fibroblastos cultivados, c) una o más mutaciones patogénicas conocidas (p. ej., CPT1A, SLC25A20, CPT2, ACADVL , HADHA, HADHB). Para LC-FAOD, continuación del tratamiento: El paciente está experimentando beneficios con la terapia (p. ej., mejora de los síntomas musculares y/o tolerancia al ejercicio).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DOPTLETO
Nombres de medicamentos	DOPTLETO
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	DUEXIS
Nombres de medicamentos	DUEXIS, IBUPROFENO/FAMOTIDINA
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 o intolerancia a dos regímenes diferentes que contienen cualquier combinación de un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y un bloqueador de ácido de cualquiera de las siguientes clases de fármacos: Antagonista del receptor H2 (H2RA), inhibidor de la bomba de protones (IBP).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DUOBRII
Nombres de medicamentos	DUOBRII
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para psoriasis en placas: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un corticosteroide tópico.
Restricciones de edad	-
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: 12 años 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 40 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	DISPORTE
Nombres de medicamentos	DISPORTE
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	Blefaroespasmos.
Criterio de exclusión	Uso cosmético.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EGRIFTA
Nombres de medicamentos	EGRIFTA SV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Uso para bajar de peso
Información médica obligatorio	Para pacientes con lipodistrofia infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El paciente está recibiendo terapia antirretroviral. Para pacientes que hayan recibido al menos 6 meses del medicamento solicitado: El paciente ha demostrado una clara mejoría clínica desde el inicio, respaldada por una medición de la circunferencia de la cintura o una tomografía computarizada (TC).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ELAPRASE
Nombres de medicamentos	ELAPRASE
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 II): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima iduronato 2-sulfatasa (IDS) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	16 meses de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ELELYSO
Nombres de medicamentos	ELELYSO
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: 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	ELFABRIO
Nombres de medicamentos	ELFABRIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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	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	EMGALITY
Nombres de medicamentos	EMGALITY
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: 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. 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. Para la cefalea en racimos episódica, inicio: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un triptano agonista del receptor 5-HT1. Para la cefalea en racimos episódica, continuación: El paciente recibió el fármaco solicitado durante al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea en racimos semanales 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	EMPAVELI
Nombres de medicamentos	EMPAVELI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) (inicial): 1) el diagnóstico de HPN se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP), demostrada por: a) al menos un 5 % de células de HPN o b) al menos un 51 % de células polimorfonucleares (PMN) deficientes en GPI-AP Y 2) se utiliza citometría de flujo para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para PN (continuación del tratamiento): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva a la terapia (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	HPN inicial: 6 meses, continuación de HPN: 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	EMPLICITI
Nombres de medicamentos	EMPLICITI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para mieloma múltiple: El paciente debe haber sido tratado con al menos una terapia previa.
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 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 . Para espondilitis anquilosante activa y espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos inicios): 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 un ensayo con AINE . Para psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguiente: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o áreas cruciales del cuerpo [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas) . Para hidradenitis supurativa (solo nuevos comienzos): el paciente tiene una enfermedad grave y refractaria.
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	ENHERTU
Nombres de medicamentos	ENHERTU
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 colorrectal HER2-amplificado y RAS y BRAF de tipo salvaje (incluido el adenocarcinoma apendicular), adenocarcinoma esofágico HER2-positivo recidivante, localmente avanzado o metastásico, adenocarcinoma gástrico o de la unión esofagogástrica HER2-positivo recidivante, metástasis cerebrales en pacientes con cáncer de mama HER2-positivo.
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	ENJAYMO
Nombres de medicamentos	ENJAYMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la enfermedad por aglutininas frías (continuación del tratamiento): el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva (por ejemplo, mejoría de los niveles de hemoglobina, marcadores de hemólisis [por ejemplo, bilirrubina, haptoglobina, lactato deshidrogenasa [LDH], recuento de reticulocitos] y reducción de las transfusiones de sangre).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 6 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ENSPRYNG
Nombres de medicamentos	ENSPRYNG
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	ENTADFI
Nombres de medicamentos	ENTADFI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hiperplasia prostática benigna (HPB) en un paciente con agrandamiento de la próstata: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la terapia combinada con un alfabloqueante del formulario y finasterida Y 2) El paciente aún no ha recibido 26 semanas de tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	26 semanas
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ENTYVIO
Nombres de medicamentos	ENTYVIO
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	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	EPKINLY
Nombres de medicamentos	EPKINLY
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	EPOGEN
Nombres de medicamentos	EPOGEN
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	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	EPSOLAY
Nombres de medicamentos	EPSOLAY
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 lesiones inflamatorias de la rosácea: 1) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico o al ácido azelaico tópico al 15 por ciento O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico y ácido azelaico tópico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERGOTAMINA
Nombres de medicamentos	TARTRATO DE ERGOTAMINA/CAFEÍNA, MIGERGOT
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	ESBRIET, 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	EUCRISA
Nombres de medicamentos	EUCRISA
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 de leve a moderada, el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) Si el paciente tiene 2 años de edad o más y el medicamento solicitado se usará en áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues de la piel), el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un medicamento tópico inhibidor de la calcineurina O 2) Si el paciente tiene 2 años de edad o más y el medicamento solicitado se prescribe para su uso en áreas de piel no sensibles (o restantes), el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un medio o un corticosteroide tópico de mayor potencia o un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones de edad	3 meses de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EVENITY
Nombres de medicamentos	EVENITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Pacientes que hayan sufrido un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular en el año anterior.
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.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	12 meses de vida total
Otros criterios	La paciente tiene una alta probabilidad de fractura con la Herramienta de Evaluación del Riesgo de Fractura (FRAX) si la probabilidad a 10 años es mayor o igual al 20 por ciento para cualquier fractura osteoporótica mayor o mayor o igual al 3 por ciento para fractura de cadera. La puntuación de riesgo estimada generada con FRAX debe multiplicarse por 1,15 para la fractura osteoporótica mayor y por 1,2 para la fractura de cadera si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7,5 mg (equivalente de prednisona) al día.

Grupo de autorización previa	EVERÓLIMUS
Nombres de medicamentos	AFINITOR, AFINITOR DISPERZ, EVEROLIMUS
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, irreseccable, 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, irreseccable 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-bisfosfato 3-quinasa (PIK3CA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EVKEEZA
Nombres de medicamentos	EVKEEZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	<p>Para el inicio de la terapia (tx) para tratar la hipercolesterolemia familiar homocigótica (HoFH), el paciente (pt) debe cumplir TODOS los siguientes requisitos: A) El diagnóstico de HoFH se confirma mediante uno de los siguientes: 1) 1) Pruebas genéticas para confirmar dos alelos mutantes en el receptor de lipoproteínas de baja densidad (LDLR), la apolipoproteína B (ApoB), la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) o el locus del gen de la proteína adaptadora 1 del receptor de lipoproteínas de baja densidad (LDLRAP1) O 2) Antecedentes de un colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) no tratado superior a 500 mg/dL o un LDL-C tratado superior a 300 mg/dL y cualquiera de las siguientes circunstancias a) Presencia de xantomas cutáneos o tendinosos antes de los 10 años de edad, o b) Un nivel de LDL-C no tratado mayor o igual a 190 mg/dL en ambos padres, que es consistente con hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH), Y B) Si el pt tiene 7 años de edad o más antes del inicio del tratamiento, el paciente está recibiendo actualmente tratamiento con una estatina de alta intensidad a una dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), a menos que el paciente no tolere las estatinas o tenga una contraindicación para el tratamiento con estatinas, Y C) Si el paciente tiene 10 años o más antes del inicio del tratamiento, está recibiendo actualmente tratamiento con una terapia dirigida a PCSK9 a la dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) a menos que el paciente haya experimentado una intolerancia o tenga una contraindicación a todas las terapias dirigidas a PCSK9, Y D) Antes del inicio del tratamiento, el paciente está/estaba experimentando una respuesta inadecuada al tratamiento hipolipemiente como lo indica un LDL-C tratado mayor de 100 mg/dL (o mayor de 70 mg/dL con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica), Y E) El paciente continuará recibiendo tratamiento hipolipemiente concomitante. Para renovar el tratamiento para tratar HoFH: A) El paciente cumple con todos los criterios iniciales, Y B) Ha respondido al tratamiento como lo demuestra una reducción del LDL-C desde el inicio, Y C) Está recibiendo un tratamiento hipolipemiente concomitante.</p>
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	EVRYSDI
Nombres de medicamentos	EVRYSDI
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 de atrofia muscular espinal (AME), el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene AME tipo 1, tipo 2 o tipo 3, y 2) El paciente no depende de ventilación permanente. Para la continuación del tratamiento de AME, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene AME tipo 1, tipo 2 o tipo 3, Y 2) El paciente ha experimentado una mejora funcional clínicamente significativa o un mantenimiento de la función muscular.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un médico especializado en atrofia muscular espinal
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EXELDERM CREAM
Nombres de medicamentos	EXELDERM
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 alguna de las siguientes contraindicaciones: 1) crema de clotrimazol Y 2) crema o champú de ketoconazol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EXELDERM SOL
Nombres de medicamentos	EXELDERM
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 alguna de las siguientes contraindicaciones: 1) crema de clotrimazol Y 2) crema o champú de ketoconazol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EXKIVITY
Nombres de medicamentos	EXKIVITY
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	EXSERVAN
Nombres de medicamentos	EXSERVAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., tabletas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EXTAVIA
Nombres de medicamentos	EXTAVIA
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	EYLEA
Nombres de medicamentos	EYLEA
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 oftalmólogo u optometrista.
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	EYLEA HD
Nombres de medicamentos	EYLEA HD
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 un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra a la persona.

Grupo de autorización previa	FABIOR
Nombres de medicamentos	FABIOR, TAZAROTENO
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	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.
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, tratamiento inicial: 1) Ya sea a) El paciente tiene un recuento basal de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro O b) El paciente depende de corticosteroides sistémicos, y 2) El paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos siguientes medicamentos: a) corticosteroide inhalado en dosis media a alta y b) 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. Asma grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción de la dosis diaria de mantenimiento de corticoides orales.
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	FEBUXOSTAT
Nombres de medicamentos	FEBUXOSTAT, ULORIC
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	FENSOLVI
Nombres de medicamentos	FENSOLVI
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	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	FERRIPROX
Nombres de medicamentos	DEFERIPRONA, FERRIPROX, FERRIPROX DOS VECES AL DÍA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	La sobrecarga de hierro transfusional del paciente no se debe al síndrome mielodisplásico ni a la anemia de Diamond Blackfan.
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	FILSPARI
Nombres de medicamentos	FILSPARI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para reducir la proteinuria en pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (NIgA) con riesgo de progresión rápida de la enfermedad: 1) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (RAS) (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [ECA] o bloqueador de los receptores de angiotensina [BRA]) O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación a los inhibidores de RAS.
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	FIRDAPSE
Nombres de medicamentos	FIRDAPSE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Antecedentes de convulsiones
Información médica obligatorio	-
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	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	FLEQSUVY
Nombres de medicamentos	BACLOFENO, FLEQSUVY
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 formas farmacéuticas sólidas orales por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar tabletas o cápsulas, requiere administración a través de una sonda de alimentación).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FLUCITOSINA
Nombres de medicamentos	ANCOBON, 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	FLUTICASONA-SALMETEROL
Nombres de medicamentos	ADVAIR DISKUS
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 asma y el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): el paciente ha experimentado una intolerancia a un producto preferido de fluticasona-salmeterol debido a un evento adverso (p. ej., erupción cutánea, náuseas, vómitos, anafilaxia) causado por un ingrediente inactivo que no está contenido en el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FOLOTYN
Nombres de medicamentos	FOLOTYN
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 Sezary, leucemia/linfoma de células T del adulto (ATLL), linfoma extranodal de células asesinas naturales (NK)/linfoma de células T, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma cutáneo anaplásico de células grandes, terapia inicial con intención paliativa para células T periféricas linfoma, linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL).
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	FORM ALT PA CITALOPRAM
Nombres de medicamentos	HIDROBROMURO DE CITALOPRAM
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 intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto del formulario, como las tabletas de citalopram.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA CLEMASTINA
Nombres de medicamentos	CLEMASTINA FUMARATO
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 otro producto del formulario, como la solución de levocetirizina o la solución de cetirizina. Si el paciente tiene 70 años o más, el médico prescriptor 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	-

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA DOXICICLINA
Nombres de medicamentos	DORYX, DORYX MPC, HICLATO DE DOXICICLINA, HICLATO DE DOXICICLINA DR, MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, TARGADOX
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 intolerancia a otro producto del formulario, como monohidrato de doxiciclina o tabletas o cápsulas de hiclato de doxiciclina (excluye formulaciones de liberación retardada).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA FENOFIBRATO
Nombres de medicamentos	ANTARA, FENOFIBRATO, FENOFIBRATO MICRONIZADO, FENOGLIDA, LIPOFEN
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 intolerancia a otro producto del formulario.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA FLUOXETINA
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 ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con otro producto del formulario, como las cápsulas o la solución de fluoxetina, O el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación causada por un ingrediente inactivo de otro producto del formulario, como las cápsulas o la solución de fluoxetina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA MECLIZINA
Nombres de medicamentos	ANTIVERTIDO, CLORHIDRATO DE MECLIZINA
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 intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto del formulario, como meclizina en tabletas de 12,5 mg o 25 mg.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA METFORMINA
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE METFORMINA
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 intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto del formulario, como la metformina de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA MIGRAÑA
Nombres de medicamentos	SUMATRIPTAN/NAPROXENO SÓDICO, TREXIMET
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 intolerancia a otro producto del formulario, como sumatriptán.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA SERTRALINA
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE SERTRALINA
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 otro producto del formulario (tabletas de sertralina), O el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación causada por un ingrediente inactivo de otro producto del formulario (tabletas de sertralina).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA SUCRALFATO
Nombres de medicamentos	CARAFATE, SUCRALFATO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El paciente ha experimentado una intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto del formulario, como tabletas de sucralfato, O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., tabletas, cápsulas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA ESTEROIDES TÓPICOS
Nombres de medicamentos	AMCINONIDA, BRYHALI, PIVALATO DE CLOCORTOLONA, CLODERM, CORDRAN, DESONIDA, DESOWEN, DESOXIMETASONA, DIACETATO DE DIFLORASONA, FLUOCINONIDA, FLURANDRENOLIDA, HALCINONIDA, PROPIONATO DE HALOBETASOL, HALOG, BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, KENALOG, LEXETTE, LOCOID, TOPICORT, TRIAMCINO ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, TRIANEX, ULTRAVATE, VANOS, VERDESO
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 intolerancia a otro esteroide tópico del formulario.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FORM ALT PA TRAMADOL SOL
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE TRAMADOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El paciente ha experimentado una intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto del formulario, como las tabletas de tramadol, O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., tabletas, cápsulas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA VALSARTAN SOL
Nombres de medicamentos	VALSARTÁN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El paciente ha experimentado una intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto del formulario, como tabletas de valsartán, O 2) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., tabletas, cápsulas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FORM ALT PA VENLAFAXINA
Nombres de medicamentos	BESILATO DE VENLAFAXINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, CLORHIDRATO DE VENLAFAXINA
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 otro producto de venlafaxina del formulario, O el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación causada por un ingrediente inactivo de otro producto de venlafaxina de formulario.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa
Nombres de medicamentos

FORM PA ALTERNATIVA
ACICLOVIR, APLENZIN, CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN E, CLINDAGEL,
DARTISLA ODT, DICLOFENACO POTÁSICO, FENOPROFENO CÁLCICO, FORFIVO
XL, FOSRENOL, GLICATO, GLICOPIRROLATO, ISORDIL TITRADOSE, DINITRATO
DE ISOSORBIDA, KETOCONAZOL, KETODAN, KETOROLAC TROMETAMINA,
CARBONATO DE LANTANO, LOFENA, MELOXICAM, MUPIROCINA, NALFON,
NALOCET, NAPRELAN, NAPROXENO, NAPROXEN SODIUM, NAPROXEN SODIUM
ER, NIACIN, NIACOR, NITROFURANTOÍNA, OXICODONA Y ACETAMINOFENO,
CLORHIDRATO DE OXICODONA/A, OXICODONA/ACETAMINOFENO,
PAROXETINA, PROLATE, QUDEXY XR, ROBINUL, ROBINUL FORTE, SPRIX,
TOPIRAMATE DE LIBERACIÓN PROLONGADA, CLORHIDRATO DE TRAMADOL,
TROKENDI XR, WELLBUTRIN SR, WELLBUTRIN XL, ZILEUTON DE LIBERACIÓN
PROLONGADA, ZIPSOR, ZORVOLEX, ZOVIRAX, ZYFLO

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 intolerancia a otro producto del formulario.

Restricciones de edad

-

Restricciones del médico

-

Duración de la cobertura

Año del plan

Otros criterios

-

Grupo de autorización previa	FORTEO
Nombres de medicamentos	FORTEO
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	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	FULPHILA
Nombres de medicamentos	FULPHILA
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 mielóide, 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	FYARRO
Nombres de medicamentos	FYARRO
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	FYLNETRA
Nombres de medicamentos	FYLNETRA
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	GALAFOLD
Nombres de medicamentos	GALAFOLD
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	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 transfección (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 transfección (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	GAZYVA
Nombres de medicamentos	GAZYVA
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), linfoma MALT gástrico, linfoma MALT no gástrico, linfoma ganglionar de la zona marginal, linfoma esplénico de la zona marginal, transformación histológica del linfoma de la zona marginal en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células del manto, linfoma difuso de células B grandes, linfomas de células B de alto grado, linfoma de Burkitt, linfomas de células B relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), trastornos linfoproliferativos postrasplante, enfermedad de Castleman.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para todos los diagnósticos: la enfermedad es CD20 positiva. Para el linfoma MALT gástrico, el linfoma MALT no gástrico, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma de la zona marginal esplénica: el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) terapia de segunda línea o posterior, o 2) terapia de mantenimiento, o 3) un sustituto de rituximab en un paciente que ha experimentado una intolerancia o una complicación rara (p. ej., reacción mucocutánea) a rituximab, o 4) terapia de primera línea (indicación de linfoma de la zona marginal ganglionar solamente). Para la transformación histológica del linfoma de la zona marginal en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células del manto, linfoma difuso de células B grandes, linfomas de células B de alto grado, linfoma de Burkitt, linfomas de células B relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), trastornos linfoproliferativos postrasplante, enfermedad de Castleman:el paciente ha experimentado una intolerancia o una complicación rara (por ejemplo, reacción mucocutánea) al rituximab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres de medicamentos	FINGOLIMOD, GILENYA
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	GIMOTI
Nombres de medicamentos	GIMOTI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente no usará el medicamento solicitado durante más de 12 semanas consecutivas de terapia Y El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la metoclopramida oral O El paciente no puede tomar metoclopramida oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GIVLAARI
Nombres de medicamentos	GIVLAARI
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	GLATIRAMER
Nombres de medicamentos	COPAXONE, ACETATO DE GLATIRAMERO, 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	GOCOVRI
Nombres de medicamentos	GOCOVRI
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	GONADOTROPINA
Nombres de medicamentos	GONADOTROPINA CORIÓNICA, NOVAREL, PREGNYL CON DILUYENTE BENCILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Inducción de la ovulación
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GRALISE
Nombres de medicamentos	GRALISE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Neuralgia postherpética: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la qabapentina genérica de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GRANIX
Nombres de medicamentos	GRANIX
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, después de la quimioterapia para la leucemia mieloide aguda (LMA), neutropenia crónica grave (congénita, cíclica o idiopática), neutropenia en el síndrome mielodisplásico (MDS), agranulocitosis, neutropenia en la anemia aplásica, virus de inmunodeficiencia humana (VIH). neutropenia relacionada, 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 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	GRASTEK
Nombres de medicamentos	GRASTEK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia con alérgenos sublinguales. Historia de esofagitis eosinofílica.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	De 5 a 65 años de edad
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un alergólogo o Inmunólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HORMONA DEL CRECIMIENTO
Nombres de medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQICK, HUMATROPE, NORDITROPIN FLEXPRO, NUTROPIN AQ NUSPIN 10, NUTROPIN AQ NUSPIN 20, NUTROPIN AQ NUSPIN 5, OMNITROPE, ZOMACTON
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. SGA: 2 años de edad o más
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

Nombres de medicamentos

Indicador de indicación de PA

Usos no autorizados

Criterio de exclusión

Información médica obligatorio

HAEGARDA

HAEGARDA

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

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. 6 años de edad o más

Restricciones de edad

Restricciones del médico

Duración de la cobertura

Otros criterios

Recetado por o en consulta con un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo

Año del plan

-

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	HEMADY
Nombres de medicamentos	HEMADY
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	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 leptomeníngicas 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 irreseccable 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 leptomeníngicas 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	HETLIOZ, TASIMELTEÓN
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	HETLIOZ LQ
Nombres de medicamentos	HETLIOZ LQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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	De 3 a 15 años de edad
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo
Duración de la cobertura	Iniciación: 6 meses, renovación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEDICACIÓN DE ALTO RIESGO
Nombres de medicamentos	KETOROLACO TROMETAMINA, PERFENAZINA/AMITRIPTILINA, PROMETAZINA VC
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	HIZENTRA
Nombres de medicamentos	HIZENTRA
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	HORIZANT
Nombres de medicamentos	HORIZANT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Síndrome de piernas inquietas: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al pramipexol de liberación inmediata O al ropinirol de liberación inmediata. Neuralgia postherpética: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la gabapentina genérica de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	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, recetarlos 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, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	HRM-CARBINOXAMINA-DEXCLOFENIRAMINA
Nombres de medicamentos	MALEATO DE CARBINOXAMINA, RYCLORA, RYVENT
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	HRM-CLEMASTINA
Nombres de medicamentos	CLEMASTINA FUMARATO
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	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 DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 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, dicyclomina, 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, recetarlos en dosis reducidas o usarlo con precaución o monitorearlo cuidadosamente).

Grupo de autorización previa	HIPNÓTICOS HRM
Nombres de medicamentos	AMBIEN, AMBIEN CR, EDLUAR, ESZOPICLONA, LUNESTA, ZALEPLON, TARTRATO DE ZOLPIDEM, TARTRATO DE ZOLPIDEM DE LIBERACIÓN PROLONGADA
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, recetarlos 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	HRM-METSCOPOLAMINA
Nombres de medicamentos	BROMURO DE METSCOPOLAMINA
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	PROMETAZINA HRM
Nombres de medicamentos	PHENERGAN, PROMETAZINA HCL, PROMETAZINA HCL SIMPLE, CLORHIDRATO DE PROMETAZINA, PROMETHEGAN
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, TRANSDERM-SCOP
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	CARISOPRODOL, HIDROCLORURO DE CICLOBENZAPRINA, METOCARBAMOL, SOMA, VANADOM
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, dicyclomina, 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): 1) al menos el 3 % del área de 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, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
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	HYFTOR
Nombres de medicamentos	HYFTOR
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 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BENZODIAZEPINAS HIPNÓTICAS
Nombres de medicamentos	ESTAZOLAM, HALCION, TRIAZOLAM
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, recetarlos en dosis reducidas o usarlos 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. Se aplica a más de 90 días acumulativos de terapia por año.
Grupo de autorización previa	HYQVIA
Nombres de medicamentos	HYQVIA
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	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 irreseccable 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	IBSRELA
Nombres de medicamentos	IBSRELA
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	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, quinínógeno-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): 1) al menos el 3 % del área de 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, Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la BSA o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
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	ILARIS
Nombres de medicamentos	ILARIS
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 los ataques agudos de gota.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la artritis idiopática juvenil sistémica activa o la enfermedad de Still activa de inicio en la edad adulta (solo nuevos comienzos), el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) respuesta inadecuada a un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE), un corticosteroide, metotrexato o leflunomida, O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológica (FAME) previo. Para el tratamiento de ataques agudos de gota, el paciente debe cumplir todos los criterios siguientes (solo nuevos inicios): 1) dos o más brotes de gota dentro de los 12 meses anteriores al tratamiento inicial con el medicamento solicitado, Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a al menos dos de los siguientes: dosis máxima tolerada de un AINE, colchicina, inyección intraarticular de acetónido de triamcinolona a dosis de 40 mg o superiores, corticosteroides sistémicos. Para el tratamiento de ataques de gota aguda (solo continuación): el paciente experimentó una respuesta clínica positiva al tratamiento con el fármaco solicitado (p. ej., reducción de la hinchazón en 72 horas, reducción del dolor en comparación con ataques anteriores o retraso en el tiempo hasta el brote en comparación con ataques anteriores).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Ataques agudos de gota (nuevos comienzos): 6 meses. Otro: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ILUMYA
Nombres de medicamentos	ILUMYA
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) 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, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IMATINIB
Nombres de medicamentos	GLEEVEC, 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-PDGFR A, neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento ABL1, FIP1L1-PDGFR A o PDGFR B 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, doxorubicina, 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	IMFINZI
Nombres de medicamentos	IMFINZI
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 irresecable en estadio II, carcinoma hepatocelular metastásico
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas irresecable en estadios II y III: La enfermedad no ha progresado después de la quimioterapia y la radioterapia simultáneas a base de platino. Para cánceres de vías biliares: El paciente tiene enfermedad localmente avanzada, irresecable, recurrente o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: El paciente tiene una enfermedad irresecable o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IMJUDO
Nombres de medicamentos	IMJUDO
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	IMPAVIDO
Nombres de medicamentos	IMPAVIDO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Embarazo. Síndrome de Sjogren-Larsson.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	28 días
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMVEXXY
Nombres de medicamentos	PAQUETE DE MANTENIMIENTO IMVEXXY, PAQUETE DE INICIO IMVEXXY
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	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 delección 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 delección 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	INFLECTRA
Nombres de medicamentos	INFLECTRA
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	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	INTRAROSA
Nombres de medicamentos	INTRAROSA
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	IR ANTES DE ER
Nombres de medicamentos	CONZIP, BITARTRATO DE HIDROCODONA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, HCL DE HIDROMORFONA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, CLORHIDRATO DE HIDROMORFONA, HYSINGLA ER, TARTRATO DE LEVORFANOL, METADONA HCL, CLORHIDRATO DE METADONA I, SULFATO DE MORFINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, MS CONTIN, NUCYNTA ER, OXYCONTIN, CLORHIDRATO DE OXIMORFONA, TRAMADOL HCL ER, CLORHIDRATO DE TRAMADOL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, XTAMPZA 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, IRESSA
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	ABSORICA, ABSORICA LD, 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	ISTURISA
Nombres de medicamentos	ISTURISA
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	ITRACONAZOL
Nombres de medicamentos	ITRACONAZOL, SPORANOX
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	Coccidiodomicosis, profilaxis de coccidiodomicosis 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, ESTROMECTOL
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	IZERVAY
Nombres de medicamentos	IZERVAY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la atrofia geográfica (geographic atrophy, GA) secundaria a la degeneración macular asociada a la edad (age-related macular degeneration, AMD): El paciente no ha recibido previamente 12 meses o más de tratamiento con el medicamento solicitado en cada ojo afectado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B dado que es un medicamento recetado y se entrega o se administra a la persona.
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	JATENZO
Nombres de medicamentos	JATENZO
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	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	JEMPERLI
Nombres de medicamentos	JEMPERLI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para tumores sólidos y cáncer de endometrio: el paciente tiene enfermedad por deficiencia de reparación de desajustes (dMMR)/inestabilidad de microsatélites alta (MSI-H).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	JEVTANA
Nombres de medicamentos	JEVTANA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente tiene un diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	JOENJA
Nombres de medicamentos	JOENJA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el síndrome delta de fosfoinositida 3-quinasa activada (APDS): el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron una variante en PIK3CD o PIK3R1.
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	JUXTAPID
Nombres de medicamentos	JUXTAPID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para iniciar la terapia para tratar la hipercolesterolemia familiar homocigótica (HoFH), el paciente (pt) debe cumplir TODOS los siguientes requisitos: A) El diagnóstico de HoFH se confirma mediante uno de los siguientes: 1) Pruebas genéticas para confirmar dos alelos mutantes en el locus del gen del receptor de lipoproteínas de baja densidad (LDLR), apolipoproteína B (ApoB), proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) o proteína adaptadora del receptor de lipoproteínas de baja densidad 1 (LDLRAP1). O 2) Antecedentes de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) no tratado superior a 500 mg/dL o LDL-C tratado superior a 300 mg/dL y cualquiera de los siguientes: a) Presencia de xantomas cutáneos o tendinosos antes de los 10 años de edad, o b) Un nivel de LDL-C no tratado mayor o igual a 190 mg/dL en ambos padres, lo cual es consistente con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH), Y B) Antes del inicio del tratamiento, el paciente está actualmente recibiendo tratamiento con una estatina de alta intensidad en la dosis máxima tolerada o en la dosis máxima aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), a menos que el paciente sea intolerante a las estatinas o tenga una contraindicación para el tratamiento con estatinas, Y C) Antes de iniciar el tratamiento con el fármaco solicitado, el paciente está recibiendo tratamiento con una terapia dirigida a la PCSK9 a una dosis máxima tolerada o a la dosis máxima aprobada por la FDA, a menos que el paciente haya experimentado una intolerancia o tenga una contraindicación a todas las terapias dirigidas a la PCSK9, Y D) Antes del inicio del tratamiento, el paciente experimentaba una respuesta inadecuada a la terapia hipolipemiente, según lo indicado por un LDL-C tratado superior a 100 mg/dL (o superior a 70 mg/dL con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica), Y E) El paciente continuará recibiendo terapia hipolipemiente concomitante. Para renovar el tratamiento para tratar HoFH: A) El paciente cumple con todos los criterios iniciales, Y B) Ha respondido a la terapia como lo demuestra una reducción del C-LDL desde el inicio, Y C) Está recibiendo terapia hipolipemiente concomitante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	JYNARQUE
Nombres de medicamentos	JYNARQUE
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	KALBITOR
Nombres de medicamentos	KALBITOR
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	12 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	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 leptomeníngicas 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	KANUMA
Nombres de medicamentos	KANUMA
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 lipasa ácida lisosomal: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima lipasa ácida lisosomal o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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: blastomycosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, cromomycosis o paracoccidioidomycosis. 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	KETOPROFENO
Nombres de medicamentos	KETOPROFENO, KETOPROFEN DE LIBERACIÓN PROLONGADA
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 o intolerancia a dos fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KEVEYIS
Nombres de medicamentos	DICLORFENAMIDA, KEVEYIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la parálisis periódica HIPOpotasémica primaria: 1) El diagnóstico fue respaldado por los resultados de las pruebas genéticas, O 2) El paciente tiene antecedentes familiares de parálisis periódica hipopotasémica primaria, O 3) Los ataques del paciente están asociados con hipopotasemia Y se han descartado tanto el síndrome de Andersen-Tawil como la parálisis periódica tirotóxica. Para la parálisis periódica HIPERpotasémica primaria: 1) El diagnóstico fue respaldado por los resultados de las pruebas genéticas, O 2) El paciente tiene antecedentes familiares de parálisis periódica hiperpotasémica primaria, O 3) Los ataques del paciente están asociados con hiperpotasemia Y se ha descartado el síndrome de Andersen-Tawil. Para la continuación del tratamiento de la parálisis periódica HIPOpotasémica primaria e HIPERpotasémica primaria: El paciente demuestra una respuesta a la terapia con el fármaco solicitado, como lo demuestra una disminución en el número o la gravedad de los ataques.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 2 meses. Continuación: A los 12 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	KIMMTRAK
Nombres de medicamentos	KIMMTRAK
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	KINERET
Nombres de medicamentos	KINERET
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	Artritis idiopática juvenil sistémica, enfermedad de Still del adulto, enfermedad de Castleman multicéntrica, síndrome de Schnitzler y enfermedad de Erdheim-Chester.
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 dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Kevzara (sarilumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil sistémica activa (solo de inicio nuevo): el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes criterios: 1) respuesta inadecuada a al menos un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), corticoesteroide, metotrexato o leflunomida, 2) respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying anti-rheumatic drug, DMARD) biológico previo, O 3) puntuación superior o igual a 5 en la evaluación global del médico.
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	KLISYRI
Nombres de medicamentos	KLISYRI
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 la gabapentina. A) crema de imiquimod al 5 por ciento, B) crema o solución de fluorouracilo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KONVOMEPE
Nombres de medicamentos	KONVOMEPE
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 úlcera gástrica benigna activa: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento durante una prueba de un mes con cada uno de dos inhibidores de la bomba de protones (IBP), O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia o el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un mes de dos inhibidores de la bomba de protones (IBP), Y 3) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., tabletas, cápsulas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
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	KRISTALOSE
Nombres de medicamentos	KRISTALOSA, LACTULOSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el estreñimiento: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de un mes de solución de lactulosa genérica, O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia que prohibiría una prueba de un mes de solución de lactulosa genérica, O 3) el paciente tiene una contraindicación a un ingrediente inactivo que no está contenido en el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KRYSTEXXA
Nombres de medicamentos	KRYSTEXXA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado no se utilizará concomitantemente con agentes orales reductores de uratos. Para iniciar el tratamiento de la gota crónica: 1) el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes requisitos: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a una prueba de 3 meses con un inhibidor de la xantina oxidasa en la dosis máxima médicamente apropiada, a menos que exista una razón clínica para no completar la prueba (p. ej., reacción alérgica grave, toxicidad, intolerancia, interacción farmacológica significativa, disfunción renal grave [solo para alopurinol], insuficiencia renal terminal [solo para febuxostat], o antecedentes de ECV o un nuevo evento CV [solo para febuxostat]), o b) Si hay una razón clínica para no completar una prueba de 3 meses con un inhibidor de la xantina oxidasa, se requiere una respuesta inadecuada a una prueba de 3 meses con probenecid a menos que exista una razón clínica para no completar una prueba con probenecid (p. ej., enfermedad renal). insuficiencia [tasa de filtración glomerular de 30 ml por minuto o menos], reacción alérgica grave, toxicidad, intolerancia, discrasias sanguíneas existentes o cálculos renales de ácido úrico e interacción farmacológica significativa) Y 2) el paciente experimenta ataques frecuentes de gota (2 o más por año) O el paciente tiene al menos 1 tofo de gota o artritis gotosa. Para continuar la terapia para el tratamiento de la gota crónica: 1) el paciente no ha tenido 2 niveles consecutivos de ácido úrico superiores a 6 mg/dL, Y 2) el paciente está experimentando beneficios con la terapia (p. ej., niveles séricos de ácido úrico inferiores a 6 mg/dL, reducción de tofos, reducción de síntomas y/o brotes).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KYPROLIS
Nombres de medicamentos	KYPROLIS
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 Waldenström, linfoma linfoplasmocítico, amiloidosis sistémica de cadenas ligeras en recidiva/refractaria
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	LAMZEDE
Nombres de medicamentos	LAMZEDE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para manifestaciones de alfa-manosidosis no relacionadas con el sistema nervioso central: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-manosidasa y/o mediante pruebas genéticas.
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, TYKERB
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	LEMTRADA
Nombres de medicamentos	LEMTRADA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para las formas recurrentes de esclerosis múltiple (EM) (p. ej., EM remitente-recurrente, EM secundaria progresiva activa), el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) Para el primer ciclo de tratamiento, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada a dos o más medicamentos indicados para la EM a pesar de la duración adecuada del tratamiento, y 2) Para el segundo ciclo de tratamiento y posteriores, el tratamiento comenzará al menos 12 meses después de la última dosis del ciclo de tratamiento previo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	30 días
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	LEUKINE
Nombres de medicamentos	LEUKINE
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	Profilaxis de neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia, neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS), neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), neutropenia crónica grave (congénita, cíclica o idiopática).
Criterio de exclusión	Uso del producto solicitado dentro de las 24 horas previas o posteriores a la quimioterapia.
Información médica obligatorio	Para la profilaxis de la neutropenia febril (NF) inducida por la quimioterapia, el paciente debe cumplir los dos requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un cáncer no mielóide, 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	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	LIBTAYO
Nombres de medicamentos	LIBTAYO
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 Cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante.
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el carcinoma cutáneo de células escamosas: el paciente no es candidato para cirugía curativa o radiación curativa. Para el carcinoma de células basales: el paciente fue tratado previamente con un inhibidor de la vía de señalización de Hedgehog O el tratamiento con un inhibidor de la vía de señalización de Hedgehog no es apropiado. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP): 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y 2) el tumor no tiene un receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), una quinasa de linfoma anaplásico (ALK) o una aberración ROS (ROS1) del protooncogén tirosina-proteína quinasa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PARCHES DE LIDOCAÍNA
Nombres de medicamentos	LIDOCAÍNA, LIDODERM, ZTLIDO
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 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]).
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	LIQREV
Nombres de medicamentos	LIQREV
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	LITFULO
Nombres de medicamentos	LITFULO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para alopecia areata severa (inicial): 1) El paciente tiene al menos un 50 % de pérdida de cabello en el cuero cabelludo según lo medido por la herramienta de gravedad de la alopecia (SALT) Y 2) El paciente no tiene alopecia de patrón principalmente difuso (caracterizada por caída difusa del cabello) u otras formas de alopecia (p. ej., alopecia androgenética , tricotilomanía, efluvio telógeno, pérdida del cabello inducida por quimioterapia). Para alopecia areata severa (continuación): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva, evidenciada por una mejora de los signos y síntomas de la enfermedad con respecto al inicio (por ejemplo, aumento de la cobertura capilar del cuero cabelludo).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LIVMARLI
Nombres de medicamentos	LIVMARLI
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 prurito colestásico en un paciente con síndrome de Alagille (ALGS) (continuación): el paciente ha experimentado un beneficio con la terapia (por ejemplo, mejoría del prurito).
Restricciones de edad	3 meses de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un hepatólogo
Duración de la cobertura	Inicial 6 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LIVTENCITY
Nombres de medicamentos	LIVTENCITY
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	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo o un oncólogo.
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LODOCO
Nombres de medicamentos	LODOCO
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	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 irreseccable 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	LOQTORZI
Nombres de medicamentos	LOQTORZI
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	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	LOREEV
Nombres de medicamentos	LOREEV XR
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 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 el trastorno de ansiedad, O 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) Y 2) El médico prescriptor debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito 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, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o monitorearlo cuidadosamente).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 4 meses
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Grupo de autorización previa	LUCEMYRA
Nombres de medicamentos	LUCEMYRA
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	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUCENTIS
Nombres de medicamentos	LUCENTIS
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 oftalmólogo u optometrista
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	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	LUMRYZ
Nombres de medicamentos	LUMRYZ
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 se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño, Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco promotor de la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos promotores de la vigilia del 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. Para la continuación de la terapia: El paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.
Restricciones de edad	-
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	LUNSUMIO
Nombres de medicamentos	LUNSUMIO
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	LUPKYNIS
Nombres de medicamentos	LUPKYNIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Uso en combinación con ciclofosfamida.
Información médica obligatorio	Para la nefritis lúpica: 1) el paciente actualmente recibe terapia inmunosupresora de base (p. ej., micofenolato de mofetilo, corticosteroides) para la nefritis lúpica, O 2) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al régimen de terapia inmunosupresora de base para la nefritis lúpica. Para la continuación en la nefritis lúpica: el paciente está recibiendo beneficios del tratamiento y el beneficio de continuar el tratamiento supera el riesgo de empeorar la nefrotoxicidad.
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	LUPRON-CÁNCER DE PRÓSTATA
Nombres de medicamentos	ACETATO DE LEUPROLIDA, LUPRON DEPOT (1 MES), LUPRON DEPOT (3 MESES), LUPRON DEPOT (4 MESES), LUPRON DEPOT (6 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	Tumores malignos del estroma del cordón sexual
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	LIBALVI
Nombres de medicamentos	LIBALVI
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. Para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	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, leiomioma 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 leiomioma 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	LYRICA CR
Nombres de medicamentos	LYRICA CR, PREGABALIN ER
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 la gabapentina.
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 irreseccable, 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	LYVISPAH
Nombres de medicamentos	LYVISPAH
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 formas farmacéuticas sólidas orales por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar tabletas o cápsulas, requiere administración a través de una sonda de alimentación).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MARGENZA
Nombres de medicamentos	MARGENZA
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	MAVENCLAD
Nombres de medicamentos	MAVENCLAD
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	60 días
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	MAYZENT
Nombres de medicamentos	MAYZENT, PAQUETE DE INICIO MAYZENT
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	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 irreseccable, reseccable 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 irreseccable 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	P VALORACIÓN MEMANTINE HCL, CLORHIDRATO DE MEMANTINA, CLORHIDRATO DE MEMANTINA E, NAMENDA, P VALORACIÓN NAMENDA, NAMENDA XR
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	METFORMINA ER
Nombres de medicamentos	GLUMETZA, CLORHIDRATO DE METFORMINA E
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 intolerancia con una prueba de 4 semanas de Glucophage XR genérico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	METHERGINE
Nombres de medicamentos	METHERGINE, MALEATO DE METILERGONOVINA
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	1 mes
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	METILFENIDATO
Nombres de medicamentos	APTENSIO XR, CONCERTA, COTEMPLA XR-ODT, DAYTRANA, JORNAY PM, METILINA, METILFENIDATO, CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, QUILLICHEW ER, QUILLIVANT XR, RELEXXII, RITALIN, RITALIN LA
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	MICO-ZN-PETR OINT
Nombres de medicamentos	NITRATO DE MICONAZOL/ZINC O, VUSION
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	La presencia de infección candidiásica se ha confirmado mediante evaluación microscópica (evidencia microscópica de pseudohifas y/o levaduras en ciernes) antes de iniciar el tratamiento.
Restricciones de edad	Paciente pediátrico de 4 semanas de edad o más.
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MIEBO
Nombres de medicamentos	MIEBO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para signos y síntomas de la enfermedad del ojo seco (EOS): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a Restasis (emulsión de ciclosporina al 0,05 %) Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a Xiidra (lifitegrast).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MIGLUSTAT
Nombres de medicamentos	MIGLUSTAT, ZAVESCA
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	MINOCICLINA
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE MINOCICLINA, MINOLIRA, SOLODYN, XIMINO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para lesiones inflamatorias del acné vulgar no nodular de moderado a grave: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con minociclina de liberación inmediata O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia a la minociclina de liberación inmediata.
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	MODAFINILO
Nombres de medicamentos	MODAFINILO, PROVIGIL
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	MOTPOLY XR
Nombres de medicamentos	MOTPOLY XR
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	-
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 insulínotropo dependiente de glucosa [glucose-dependent insulintropic polypeptide, GIP] y GLP-1 RA).
Grupo de autorización previa	MOZOBIL
Nombres de medicamentos	MOZOBIL, PLERIXAFOR
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	MULTIPLETA
Nombres de medicamentos	MULTIPLETA
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.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MVASI
Nombres de medicamentos	MVASI
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 angiomasosa 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	Para todas las indicaciones excepto trastornos relacionados con la oftalmología: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Restricciones 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	MYALEPT
Nombres de medicamentos	MYALEPT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Lipodistrofia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Obesidad generalizada no asociada a lipodistrofia generalizada.
Información médica obligatorio	En caso de lipodistrofia, el paciente cumple todos los requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un diagnóstico de lipodistrofia generalizada congénita (es decir, síndrome de Berardinelli-Seip) O lipodistrofia generalizada adquirida (es decir, síndrome de Lawrence), 2) El paciente tiene deficiencia de leptina confirmada por pruebas de laboratorio, Y 3) El paciente tiene al menos una complicación de la lipodistrofia (por ejemplo, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, aumento de los niveles de insulina en ayunas). Para la renovación de la lipodistrofia, el paciente ha experimentado una mejora con respecto al valor basal en el control metabólico (por ejemplo, mejora del control glucémico, disminución de los triglicéridos, disminución de los niveles de enzimas hepáticas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MYCAPSSA
Nombres de medicamentos	MYCAPSSA
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	MYFEMBREE
Nombres de medicamentos	MYFEMBREE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	En caso de sangrado menstrual abundante asociado a leiomiomas uterinos (fibromas) y dolor moderado a intenso asociado a endometriosis en una paciente premenopáusica: la paciente no ha recibido ya un tratamiento superior o igual a 24 meses con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo 24 meses en total
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MYLOTARG
Nombres de medicamentos	MYLOTARG
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 promielocítica aguda (LPA)
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	MYOBLOC
Nombres de medicamentos	MYOBLOC
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	Hiperhidrosis axilar primaria, hiperhidrosis palmar.
Criterio de exclusión	Uso cosmético.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	NAPROXENO-ESOMEPRAZOL
Nombres de medicamentos	NAPROXENO/ESOMEPRAZOL MAG, VIMOVO
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 o intolerancia a dos regímenes diferentes que contienen cualquier combinación de un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y un bloqueador de ácido de cualquiera de las siguientes clases de fármacos: Antagonista del receptor H2 (H2RA), inhibidor de la bomba de protones (IBP).
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	NEULASTA
Nombres de medicamentos	NEULASTA, KIT NEULASTA ONPRO
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	NEUPOGEN
Nombres de medicamentos	NEUPOGEN
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
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 todos los 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	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 irreseccable, 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	NEXLETOL
Nombres de medicamentos	NEXLETOL
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	NEXLIZET
Nombres de medicamentos	NEXLIZET
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	NEXTSTELLIS
Nombres de medicamentos	NEXTSTELLIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	La paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un prueba previa de un anticonceptivo oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NEXVIAZYME
Nombres de medicamentos	NEXVIAZYME
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 de aparición tardía: 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	1 año de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NGENLA
Nombres de medicamentos	NGENLA
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 la deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica, inicial: A) El paciente (pt) tiene una velocidad de altura (ht) de 1 año antes del tratamiento (pre-tx) más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media O una ht pre-tx más de 2 SD por debajo de la media y una velocidad ht de 1 año más de 1 SD por debajo de la media Y el pt cumple alguno de los siguientes: 1) no pasó 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (HC) previas al tratamiento (pico inferior a 10 ng/mL), 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 O B) El paciente fue diagnosticado de GHD cuando era neonato. Para GHD pediátrica, continuación del tratamiento: El paciente está experimentando mejoría.
Restricciones de edad	3 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	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, ORFADIN
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	NITYR
Nombres de medicamentos	NITYR
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	NIVESTIM
Nombres de medicamentos	NIVESTIM
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
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 todos los requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielóide, Y 2) El paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia anticancerígena mielosupresora.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres de medicamentos	DROXIDOPA, NORTHERA
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 EN POLVO
Nombres de medicamentos	NOXAFIL
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 40 kilogramos o menos.
Restricciones de edad	De 2 a menos de 18 años de edad
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSPENSIÓN
Nombres de medicamentos	NOXAFIL, 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	NPLATE
Nombres de medicamentos	NPLATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la trombocitopenia inmunitaria (PTI) (nuevos comienzos): 1) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada o es intolerante a una terapia previa como corticosteroides o inmunoglobulinas, Y 2) El recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcL O de 30 000/mcL 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). Para UCE, (continuación del tratamiento): El paciente presenta respuesta del recuento de plaquetas al fármaco solicitado con uno de los siguientes: 1) El recuento de plaquetas actual es menor o igual a 200,000/mcL O 2) 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	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Para ITP: Inicial 6 meses, Reautorización: Año del plan para HSARS: Año del plan
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	NUCALA
Nombres de medicamentos	NUCALA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	<p>Para asma grave, tratamiento inicial: 1) Ya sea a) El paciente tiene un recuento basal de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro O b) El paciente depende de corticosteroides sistémicos, y 2) El paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos siguientes medicamentos: a) corticosteroide inhalado en dosis media a alta y b) 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 grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción de la dosis diaria de mantenimiento de corticoides orales. Para la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA), terapia inicial: El paciente tiene antecedentes o presencia de un recuento de eosinófilos de más de 1000 células por microlitro o un nivel de eosinófilos en sangre superior al 10 por ciento. Para EGPA, continuación del tratamiento: El paciente tiene una respuesta beneficiosa al tratamiento con el fármaco solicitado, como lo demuestra cualquiera de los siguientes factores: 1) una reducción en la frecuencia de recaídas, 2) una reducción en la dosis diaria de corticosteroides orales, o 3) ausencia de vasculitis activa. Para el síndrome hipereosinofílico (HES), terapia inicial: 1) El paciente ha tenido HES durante más de 6 meses, 2) El paciente tiene HES sin una causa secundaria no hematológica identificable, 3) El paciente no tiene HES positivo para la quinasa FIP1L1-PDGFR4, 4) El paciente tiene antecedentes o presencia de un recuento de eosinófilos en sangre de al menos 1.000 células por microlitro, Y 5) El paciente ha estado en una dosis estable de al menos una terapia de HES (por ejemplo, corticosteroides orales, inmunosupresores y/o terapia citotóxica). Para HES, continuación del tratamiento: El paciente tiene una respuesta beneficiosa al tratamiento, como lo demuestra la reducción de los brotes de HES.</p>
Restricciones de edad	Asma: 6 años de edad o más, EGPA y CRSwNP: 18 años de edad o más, HES: 12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la 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).

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-HT ₁ . 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	NYVEPRIA
Nombres de medicamentos	NYVEPRIA
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 mielóide, 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	OCALIVA
Nombres de medicamentos	OCALIVA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la colangitis biliar primaria (CBP) sin cirrosis o con cirrosis compensada sin evidencia de hipertensión portal: Para la terapia inicial, 1) El diagnóstico de CBP (anteriormente conocida como cirrosis biliar primaria) se confirma mediante al menos dos de los siguientes: A) Evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (ALP) durante al menos 6 meses de duración, B) Presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (título superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reactividad inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares específicos de PBC ANA (p. ej., anti-gp210, anti-sp100), o C) Evidencia histológica de CBP en la biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de los conductos biliares interlobulillares y septales) y 2) El paciente tiene un nivel elevado de ALP sérica antes del inicio de la terapia. con el medicamento solicitado y cumple con uno de los siguientes requisitos: A) Respuesta inadecuada a al menos 12 meses de terapia previa con ácido ursodesoxicólico (AUDC)/ursodiol y el paciente continuará terapia concomitante con AUDC/ursodiol, o B) Intolerancia al AUDC /ursodiol. Para la continuación del tratamiento para la CBP: el paciente logró o mantuvo un beneficio clínico con el tratamiento con Ocaliva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OCREVUS
Nombres de medicamentos	OCREVUS
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	OCTREOTIDA
Nombres de medicamentos	ACETATO DE OCTREÓTIDA, SANDOSTATINA
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	ODACTRA
Nombres de medicamentos	ODACTRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia con alérgenos sublinguales. Historia de esofagitis eosinofílica.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	De 12 a 65 años de edad
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un alergólogo o inmunólogo
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 leptomeníngicas 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	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	OLUMIANT
Nombres de medicamentos	OLUMIANT
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 DOS de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Kevzara (sarilumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la alopecia areata grave, tratamiento inicial: 1) el paciente tiene caída del cabello en al menos el 50 % del cuero cabelludo según la medición de la Herramienta de gravedad de la alopecia (Severity of Alopecia Tool, SALT), Y 2) el paciente no tiene alopecia con patrón principalmente difuso (caracterizada por caída difusa del cabello) u otras formas de alopecia (p. ej., alopecia androgenética, tricotilomanía, efluvio telógeno, caída del cabello inducida por quimioterapia). En el caso de alopecia areata grave, continuación del tratamiento: el paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva demostrada por una mejora en los signos y síntomas de la afección desde el inicio (p. ej., aumento de la cobertura del cabello en el cuero cabelludo).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OMEGA 3
Nombres de medicamentos	LOVAZA, ÉSTERES ETÍLICOS DE ÁCIDOS OMEGA-3
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	CÁPSULAS DE OMEPRAZOL-BICARB
Nombres de medicamentos	OMEPRAZOL/BICARBO SODIO, ZEGERID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento a una prueba de un mes de cada uno de dos inhibidores de la bomba de protones (IBP), O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un mes de dos IBP.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Mantenimiento de la curación de la esofagitis erosiva: Año del plan Todas las demás indicaciones: A los 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OMEPRAZOL-BICARB EN POLVO
Nombres de medicamentos	OMEPRAZOL/BICARBO SODIO, ZEGERID
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 excepto la reducción del riesgo de hemorragia gastrointestinal superior en pacientes críticamente enfermos: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento a una prueba de un mes de cada uno de dos inhibidores de la bomba de protones (IBP), O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un mes de dos IBP, Y 3) El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., tabletas, cápsulas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Mantenimiento de la curación de la esofagitis erosiva: Año del plan Todas las demás indicaciones: A los 3 meses
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	OMVOH
Nombres de medicamentos	OMVOH
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 UNO de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Stelara (ustekinumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ONCASPAR
Nombres de medicamentos	ONCASPAR
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 extraganglionar de células T asesinas naturales, linfoma hepatoesplénico de células T
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el linfoma extraganglionar de células T asesinas naturales, la leucemia linfoblástica aguda y el linfoma hepatoesplénico de células T: el fármaco solicitado debe utilizarse junto con quimioterapia multiagente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ONGENTYS
Nombres de medicamentos	ONGENTYS
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	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 leptomeníngicas 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	OPDIVO
Nombres de medicamentos	OPDIVO
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	OPDUALAG
Nombres de medicamentos	OPDUALAG
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	OPFOLDA
Nombres de medicamentos	OPFOLDA
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 de inicio tardío: 1) el diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con Pombiliti (cipaglucoasidasa alfa-atga) Y 3) el paciente cumple AMBOS de los siguientes criterios: A) pesa al menos 40 kilogramos (kg), B) no mejora con el tratamiento de reemplazo enzimático (enzyme replacement therapy, ERT) actual.
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	OPZELURA
Nombres de medicamentos	OPZELURA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el tratamiento tópico a corto plazo y crónico no continuado de la dermatitis atópica (DA) de leve a moderada en un paciente no inmunodeprimido, terapia inicial: 1) El medicamento solicitado se utilizará en zonas sensibles (por ejemplo, cara, genitales o pliegues cutáneos) y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina, O 2) El medicamento solicitado se utilizará en zonas cutáneas no sensibles (o restantes) y el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina o a un corticosteroide tópico de potencia media o superior. Para el tratamiento tópico a corto plazo y crónico no continuado de la dermatitis atópica de leve a moderada en un paciente no inmunodeprimido, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el tratamiento tópico del vitiligo no segmentario (NSV): El medicamento solicitado se aplicará en zonas afectadas de un 10% o menos de superficie corporal (SC). Para el tratamiento tópico del vitiligo no segmentario, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una repigmentación significativa.
Restricciones de edad	Dermatitis atópica (DA), NSV: 12 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Dermatitis atópica (DA), inicial: 3 meses, NSV, Inicial: 7 meses, DA, NSV Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FENTANILO ORAL-INTRANASAL
Nombres de medicamentos	CITRATO DE FENTANILO, CITRATO DE FENTANILO TRA ORAL, FENTORA
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 oxiconona 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	ORALAIR
Nombres de medicamentos	ORALAIR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia con alérgenos sublinguales. Historia de esofagitis eosinofílica.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	De 5 a 65 años de edad
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un alergólogo o inmunólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORENCIA
Nombres de medicamentos	ORENCIA, ORENCIA CLICKJECT
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 dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Kevzara (sarilumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para un adulto con artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ORENITRAM
Nombres de medicamentos	ORENITRAM, ORENITRAM KIT DE VALORACIÓN M
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	-

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	ORIAHNN
Nombres de medicamentos	ORIAHNN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el sangrado menstrual abundante asociado con leiomiomas uterinos (fibromas) en una paciente premenopáusica: la paciente no ha recibido aún un tratamiento superior o igual a 24 meses con ningún medicamento que contenga elagolix.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo 24 meses en total
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ORLISSA
Nombres de medicamentos	ORLISSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el dolor de moderado a intenso asociado con la endometriosis: la paciente no ha recibido aún 24 meses o más de tratamiento con ningún fármaco que contenga elagolix.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	12 meses, máximo 24 meses en total
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	ORLADEYO
Nombres de medicamentos	ORLADEYO
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	12 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	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	OSMOLEX ER
Nombres de medicamentos	OSMOLEX ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la amantadina de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OSPHENA
Nombres de medicamentos	OSPHENA
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	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	OTREXUP
Nombres de medicamentos	OTREXUP
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Incapacidad para preparar y administrar metotrexato inyectable genérico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OXAZEPAM
Nombres de medicamentos	OXAZEPAM
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, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o monitorearlo cuidadosamente). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, la ansiedad asociada con la depresión y el tratamiento de la ansiedad, la tensión, la agitación y la irritabilidad en pacientes mayores: 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, Abstinencia de alcohol: año del plan
Otros criterios	Esta Autorización Previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Grupo de autorización previa	OXBRYTA
Nombres de medicamentos	OXBRYTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	4 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OXERVATE
Nombres de medicamentos	OXERVATE
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 oftalmólogo u optometrista
Duración de la cobertura	8 semanas
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OXICONAZOL
Nombres de medicamentos	NITRATO DE OXICONAZOL, OXISTAT
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 alguna de las siguientes contraindicaciones: 1) crema de clotrimazol Y 2) crema o champú de ketoconazol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 3 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OXLUMO
Nombres de medicamentos	OXLUMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hiperoxaluria primaria tipo 1 (PH1): el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba genética molecular que muestra una mutación en el gen de la alanina:glioxilato aminotransferasa (AGXT) o un análisis de las enzimas hepáticas que demuestra una actividad ausente o significativamente reducida de la alanina:glioxilato aminotransferasa (AGT). Para la continuación de la terapia: el paciente ha experimentado niveles disminuidos o normalizados de alguno de los siguientes desde que inició la terapia: 1) oxalato urinario, 2) oxalato plasmático.
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 insulínico dependiente de glucosa [GIP] y GLP-1 RA).
Grupo de autorización previa	PADCEV
Nombres de medicamentos	PADCEV
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, el medicamento solicitado se utilizará para el tratamiento de cualquiera de los siguientes casos a) carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico, b) carcinoma urotelial de vejiga con recidiva local músculo-invasiva o enfermedad persistente en una vejiga preservada, c) carcinoma urotelial de vejiga con recidiva metastásica o local poscistectomía, d) carcinoma primario recurrente de uretra, o e) carcinoma urotelial de vejiga en estadios II-IV.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PALFORZIA
Nombres de medicamentos	PALFORZIA DOSIS INICIAL ES, PALFORZIA NIVEL 1, PALFORZIA NIVEL 10, PALFORZIA NIVEL 11 (MAINT, PALFORZIA NIVEL 11 (TITRA, PALFORZIA NIVEL 2, PALFORZIA NIVEL 3, PALFORZIA NIVEL 4, PALFORZIA NIVEL 5, PALFORZIA NIVEL 6, PALFORZIA NIVEL 7, PALFORZIA NIVEL 8, PALFORZIA NIVEL 9
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Asma no controlada. Historia de esofagitis eosinofílica. Otras enfermedades gastrointestinales eosinofílicas.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	Fase de aumento de dosificación y mantenimiento del tratamiento: 4 años de edad o más. De otro modo: De 4 a 17 años de edad.
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un alergólogo o inmunólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PALYNZIQ
Nombres de medicamentos	PALYNZIQ
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	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, PAXIL
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	PERJETA
Nombres de medicamentos	PERJETA
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 recidivante positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer colorrectal amplificado para HER2 y de tipo salvaje para RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), tumores recidivantes de glándulas salivales positivos para HER2, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2-positivo, cánceres hepatobiliares HER2-positivos irresecables o metastásicos (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático).
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad es HER2-amplificada y RAS y BRAF de tipo salvaje Y 2) el fármaco solicitado se utiliza en combinación con trastuzumab Y 3) la paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para tumores recidivantes de glándulas salivales HER2 positivos, metástasis cerebrales de cáncer de mama HER2 positivo y cáncer hepatobiliar HER2 positivo irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático): el fármaco solicitado se utiliza en combinación con trastuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FENILBUTIRATO
Nombres de medicamentos	BUPHENYL, OLPRUVA, PHEBURANE, 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	PIMECROLIMUS
Nombres de medicamentos	ELIDEL, PIMECROLIMUS
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	Psoriasis en la cara, genitales o pliegues de la piel.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para dermatitis atópica (eczema) de leve a moderada: el paciente cumple alguno de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta a zonas sensibles de la piel (por ejemplo, cara, genitales o pliegues cutáneos), O 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un agente terapéutico de primera línea (por ejemplo, corticosteroide tópico de potencia media o superior).
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	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	PLEGRIDY
Nombres de medicamentos	PLEGRIDY, PAQUETE INICIAL PLEGRIDY
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	POLIVY
Nombres de medicamentos	POLIVY
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, trastornos linfoproliferativos monomórficos postrasplante (tipo de células B), linfomas de células B relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (linfoma difuso de células B grandes relacionado con el SIDA, linfoma de efusión primaria, linfoma difuso de células B grandes positivo para el virus del herpes humano 8 (HHV8), no especificado de otro modo, y linfoma plasmablasto relacionado con el SIDA), y linfoma folicular.
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	POMBILITI
Nombres de medicamentos	POMBILITI
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 de inicio tardío: 1) el diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con Opfolda (miglustat) Y 3) el paciente cumple AMBOS de los siguientes criterios: A) pesa al menos 40 kilogramos (kg), B) no mejora con el tratamiento de reemplazo enzimático (enzyme replacement therapy, ERT) actual.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PONVORY
Nombres de medicamentos	PONVORY, PONVORY PA INICIAL DE 14 DÍAS
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	PORTRAZZA
Nombres de medicamentos	PORTRAZZA
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	POSACONAZOL
Nombres de medicamentos	NOXAFIL, POSACONAZOL 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	POTELIGEO
Nombres de medicamentos	POTELIGEO
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 en adultos
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	PRADAXA PAK
Nombres de medicamentos	PRADAXA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	De 3 meses a menos de 12 años de edad
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PREGABALINA
Nombres de medicamentos	LYRICA, 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	PREVMIS
Nombres de medicamentos	PREVMIS
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	PRILOSEC EN POLVO
Nombres de medicamentos	PRILOSEC
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 y prevención de úlcera gastrointestinal inducida por antiinflamatorios no esteroides, estenosis esofágicas, dispepsia, tratamiento de mantenimiento de úlceras duodenales.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente no puede tomar formas farmacéuticas sólidas orales por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar tabletas o cápsulas, requiere administración a través de una sonda de alimentación).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PROAIR DIGIHALER
Nombres de medicamentos	PROAIR DIGIHALER
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 del broncoespasmo asociado a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en un paciente adulto.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el albuterol HFA.
Restricciones de edad	Broncoespasmo y broncoespasmo inducido por el ejercicio: 4 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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	PROCYSBI
Nombres de medicamentos	PROCYSBI
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: 1) El diagnóstico se confirmó por 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 examen con lámpara de hendidura, Y 2) el paciente ha experimentado una intolerancia al tratamiento previo con Cystagon (bitartrato de cisteamina de liberación inmediata).
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	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 menor 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	PYRUKYND
Nombres de medicamentos	PYRUKYND, PYRUKYND TAPER PACK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la anemia hemolítica en un paciente con deficiencia de piruvato quinasa (PK): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró la deficiencia de la actividad de la enzima PK o mediante pruebas genéticas. Para anemia hemolítica en un paciente con deficiencia de PK (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, reducción de las transfusiones de sangre).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 7 meses, Continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	QBREXZA
Nombres de medicamentos	QBREXZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	9 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QELBREE
Nombres de medicamentos	QELBREE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente cumple todos los requisitos siguientes: 1) el paciente tiene un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o Trastorno por Déficit de Atención (TDA), Y 2) se vigilará estrechamente al paciente para detectar pensamientos o comportamientos suicidas, empeoramiento clínico y cambios inusuales en el comportamiento, Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la atomoxetina O el paciente tiene dificultad para tragar cápsulas orales.
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	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 ER, SEROQUEL XR
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	SULFATO DE QUININA
Nombres de medicamentos	QUALAQUIN, 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	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 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. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: El paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento 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	QUTENZA
Nombres de medicamentos	QUTENZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la neuralgia posherpética (NPH) y la neuropatía periférica diabética (NPD) de los pies: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento durante un mes de gabapentina genérica o tiene intolerancia o contraindicación a la gabapentina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RADICAVA
Nombres de medicamentos	RADICAVA, RADICAVA ORS, RADICAVA ORS KIT DE INICIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): 1) El diagnóstico se clasifica como ELA definitivo o probable, Y 2) Solo para nuevos inicios: El paciente tiene puntuaciones de al menos 2 puntos en las 12 áreas de la Escala de calificación funcional de ELA revisada (ALSFRS-R). Para la continuación de la terapia para ELA: Hay un beneficio clínico de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RAGWITEK
Nombres de medicamentos	RAGWITEK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia con alérgenos sublinguales. Historia de esofagitis eosinofílica.
Información médica obligatorio	-
Restricciones de edad	De 5 a 65 años de edad
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un alergólogo o inmunólogo
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RASUVO
Nombres de medicamentos	RASUVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Incapacidad para preparar y administrar metotrexato inyectable genérico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RAVICTI
Nombres de medicamentos	RAVICTI
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	REBIF
Nombres de medicamentos	REBIF, REBIF REBIDOSE, REBIF REBIDOSE VALORACIÓN, PACK DE VALORACIÓN REBIF
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	REBLOZYL
Nombres de medicamentos	REBLOZYL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la anemia con beta talasemia o anemia en síndromes mielodisplásicos o neoplasia mielodisplásica/mieloproliferativa, el paciente cumple lo siguiente: Para nuevos inicios, el paciente tiene un diagnóstico de anemia evidenciado por un nivel de hemoglobina previo al tratamiento o transfusión menor o igual a 11 g/dL. Para la continuación de la terapia, el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) el paciente tiene un nivel de hemoglobina previo a la dosis inferior o igual a 11 g/dL (el nivel de hemoglobina actual o previo a la transfusión debe tenerse en cuenta a efectos de dosificación) o el médico prescriptor acepta mantener la dosis hasta que el nivel de hemoglobina descienda hasta o por debajo de 11 g/dL, 2) el paciente debe lograr o mantener la reducción de la carga de transfusión de glóbulos rojos o no ha recibido tres dosis consecutivas a la dosis máxima, y 3) el paciente no debe experimentar una toxicidad inaceptable con el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Para la beta talasemia: 16 semanas. Para síndromes mielodisplásicos: 24 semanas
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	REBYOTA
Nombres de medicamentos	REBYOTA
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 la recidiva de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) El diagnóstico de CDI ha sido confirmado por una prueba de heces positiva para la toxina de C. difficile o C. difficile toxigénico, Y 2) El medicamento solicitado se administrará entre 24 y 72 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recidivante.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RECORLEV
Nombres de medicamentos	RECORLEV
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	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	RELAFEN
Nombres de medicamentos	RELAFEN DS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El paciente ha probado pastillas genéricas de nabumetona.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RELEUKO
Nombres de medicamentos	RELEUKO
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 hematopoyético del síndrome de radiación aguda, movilización de células progenitoras de sangre periférica (PBPC), neutropenia en los síndromes mielodisplásicos (SMD), agranulocitosis, neutropenia en la anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), neutropenia relacionada con el trasplante renal.
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 todos los 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	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	RELISTOR TAB
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	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 4 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RELTONE
Nombres de medicamentos	RELTONE, URSODIOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para un paciente con cálculos radiolúcidos no calcificados en la vesícula biliar de menos de 20 milímetros de diámetro mayor en el que se realizaría una colecistectomía electiva, excepto por la presencia de un mayor riesgo quirúrgico debido a enfermedad sistémica, edad avanzada, reacción idiosincrásica a la anestesia general, o para aquellos pacientes que rechazan la cirugía: la dosis no puede acomodarse con cápsulas genéricas de ursodiol 300 miligramos (mg). Para la prevención de la formación de cálculos biliares en un paciente obeso que experimenta una rápida pérdida de peso: el paciente ha experimentado una intolerancia al ursodiol genérico 300 mg en cápsulas debido a un acontecimiento adverso (p. ej., erupción cutánea, náuseas, vómitos, anafilaxia) causado por un ingrediente inactivo que no está contenido en el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RELYVRIO
Nombres de medicamentos	RELYVRIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): 1) El paciente tiene un diagnóstico de ELA definitivo o probable Y 2) Para la continuación del tratamiento: Hay un beneficio clínico de la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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	RETACRIT
Nombres de medicamentos	RETACRIT
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	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 de células no pequeñas con reordenamiento positivo durante la transfección (RET) recurrente, Histiocitosis de células de Langerhans con una fusión del gen RET, sintomática o en recaída/refractaria Enfermedad de Erdheim-Chester con una fusión del gen RET, sintomática o en recaída/refractaria Enfermedad de Rosai-Dorfman con una fusión del gen RET, carcinoma de tiroides persistente o recurrente con fusión RET positiva (carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), carcinoma de tiroides anaplásico positivo con fusión RET.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos los siguientes requisitos: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, y 2) El tumor tiene fusión RET positiva o reordenamiento de RET positivo.
Restricciones de edad	Cáncer medular de tiroides y cáncer de tiroides: 12 años o más.
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	REVCOVI
Nombres de medicamentos	REVCOVI
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	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 delección 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	REYVOW
Nombres de medicamentos	REYVOW
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la migraña aguda: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a Nurtec ODT (rimegepant) o Ubrelvy (ubrogepant).
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
Nombres de medicamentos
Indicador de indicación de PA

RIABNI
RIABNI

Usos no autorizados

Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
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 leptomeníngicas 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 (B-AL).

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

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

Grupo de autorización previa	RINVOQ
Nombres de medicamentos	RINVOQ
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	-

Grupo de autorización previa	RITUXAN
Nombres de medicamentos	RITUXAN
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 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 leptomeníngicas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLT relacionado con el virus de Epstein-Barr (VEB), esclerosis múltiple , toxicidades relacionadas con inhibidores de puntos de control inmunológico, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras y enfermedad de Rosai-Dorfman.
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	El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Truxima y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción.

Grupo de autorización previa	RITUXAN HYCELA
Nombres de medicamentos	RITUXAN HYCELA
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 Castleman (EC), linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, linfomas de la zona marginal (linfoma de la zona marginal ganglionar, linfoma de la zona marginal extraganglionar y linfoma de la zona marginal esplénica), linfoma de células del manto, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma cutáneo primario de células B (por ejemplo, linfoma cutáneo de la zona marginal o linfomas cutáneos del centro folicular), leucemia de células pilosas, linfoma linfocítico pequeño (SLL), macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmocítico.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Las neoplasias malignas deben ser CD20 positivas. El paciente debe recibir al menos una dosis completa de un producto de rituximab mediante infusión intravenosa sin experimentar reacciones adversas graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ROLVEDON
Nombres de medicamentos	ROLVEDON
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 neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: el paciente debe cumplir todos los requisitos siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide Y 2) El paciente actualmente recibe o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer Y 3) El medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	A los 6 meses
Otros criterios	-

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	Leiomioma 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 leiomioma 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	RUCONEST
Nombres de medicamentos	RUCONEST
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, quinínógeno-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	13 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
Nombres de medicamentos
Indicador de indicación de PA

RUXIENCE
RUXIENCE

Usos no autorizados

Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
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 leptomeníngicas 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, péufigo 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

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

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 insulínico dependiente de glucosa [GIP] y GLP-1 RA).
Grupo de autorización previa	RYBREVANT
Nombres de medicamentos	RYBREVANT
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 con mutación de inserción en el exón 20 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR)
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	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	RYLAZE
Nombres de medicamentos	RYLAZE
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), linfoma extraganglionar de células naturales asesinas (NK)/T de tipo nasal (ENKTL)
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	RISTIGGO
Nombres de medicamentos	RISTIGGO
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	SAMSCA
Nombres de medicamentos	SAMSCA, TOLVAPTAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Se inició (o se reinició) la terapia con el fármaco solicitado en el hospital.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	30 días
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SANDOSTATINA LAR
Nombres de medicamentos	SANDOSTATIN LAR 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 timomas y carcinomas tímicos, control tumoral de tumores neuroendocrinos (NET) de páncreas, tracto gastrointestinal, pulmón, timo, gastrinoma primario no resecado, NET de grado 3 bien diferenciados, 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. El fármaco solicitado se utilizará para el control tumoral en cualquiera de los siguientes casos: 1) Tumor neuroendocrino (TNE) del tracto gastrointestinal o páncreas en pacientes con enfermedad locorregional avanzada recurrente y/o enfermedad metastásica a distancia, O 2) TNE del timo o pulmón en pacientes con enfermedad locorregional irresecable y/o enfermedad metastásica a distancia, O 3) gastrinoma primario no resecado, O 4) NET localmente avanzado o metastásico irresecable de grado 3 bien diferenciado con biología favorable (p. ej., Ki-67 relativamente bajo [menos del 55 %] y tomografía por emisión de positrones positiva basada en receptores de somatostatina [SSTR] [PET]), O 5) Timomas o carcinomas tímicos cuando se cumplen los siguientes criterios: a) Enfermedad localmente avanzada o metastásica O b) Postoperatoriamente después de la resección del tumor, O 6) Feocromocitomas o paragangliomas cuando se cumplen los siguientes criterios: a) Localmente irresecable O b) Enfermedad metastásica a distancia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SAPHNELO
Nombres de medicamentos	SAPHNELO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otras terapias biológicas. Para el lupus eritematoso sistémico (LES) de moderado a grave: 1) El paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente está recibiendo un régimen de terapia estándar estable (p. ej., corticosteroides, antipalúdicos o AINE), O b) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de terapia estándar para el LES , Y 2) Para nuevos comienzos: el paciente no tiene nefritis lúpica activa grave ni lupus activo grave del sistema nervioso central.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SAPROPTERINA
Nombres de medicamentos	JAVYGTOR, KUVAN, DIHIDROCLORURO DE SAPROPTERINA
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	SARCLISA
Nombres de medicamentos	SARCLISA
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	SAVELLA
Nombres de medicamentos	SAVELLA, PACK DE VALORACIÓN DE SAVELLA
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 la duloxetina o la pregabalina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	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	SEGLENTIS
Nombres de medicamentos	SEGLENTIS
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 dolor agudo: 1) El paciente tuvo una respuesta inadecuada a un régimen de dos pastillas de tramadol y celecoxib O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación causada por un ingrediente inactivo en tramadol genérico o celecoxib genérico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SEROSTIM
Nombres de medicamentos	SEROSTIM
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 pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con emaciación o caquexia: El medicamento solicitado se utiliza en combinación con terapia antirretroviral. El paciente ha tenido una respuesta subóptima a al menos otra terapia para la emaciación o la caquexia (p. ej., terapia con megestrol, dronabinol, ciproheptadina o testosterona si es hipogonadal) o el paciente tiene una contraindicación o intolerancia a terapias alternativas. Para continuar la terapia, el paciente debe haber demostrado una respuesta a la terapia con el medicamento solicitado (es decir, el índice de masa corporal [IMC] ha aumentado o se ha estabilizado).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SEYSARA
Nombres de medicamentos	SEYSARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para lesiones inflamatorias del acné vulgar no nodular de moderado a grave: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con doxiciclina (regular o de liberación prolongada) o minociclina (regular o de liberación prolongada) O 2) El paciente ha experimentado una intolerancia a la doxiciclina (regular o de liberación prolongada) o minociclina (regular o de liberación prolongada).
Restricciones de edad	9 años de edad o más
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	SIGNIFOR LAR
Nombres de medicamentos	SIGNIFOR LAR
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 hay una razón clínica por la cual el paciente no ha sido sometido a cirugía. 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	SILDENAFILO
Nombres de medicamentos	REVATIO, CITRATO DE SILDENAFILO
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	SILDENAFILO INY
Nombres de medicamentos	REVATIO, SILDENAFILO
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	1 mes
Otros criterios	El paciente estaba recibiendo anteriormente Revatio o sildenafil por vía oral, pero ahora temporalmente no puede tomar medicamentos orales.

Grupo de autorización previa	SILIQ
Nombres de medicamentos	SILIQ
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) 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, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SIMPONI
Nombres de medicamentos	SIMPONI
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): 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) a menos que el MTX esté contraindicado o no se tolere, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Kevzara (sarilumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). 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 uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Stelara (ustekinumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SIMPONIA
Nombres de medicamentos	SIMPONIA
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): 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o MTX está contraindicado o no se toleró, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Kevzara (sarilumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis psoriásica activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). 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 dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
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	SITAVIG
Nombres de medicamentos	SITAVIG
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 al aciclovir, famciclovir o valaciclovir orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SKYCLARYS
Nombres de medicamentos	SKYCLARYS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la ataxia de Friedreich (FRDA): 1) El paciente tiene una mutación genética confirmada en el gen de la frataxina (FXN), Y 2) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., debilidad muscular, disminución de la coordinación, caídas frecuentes). Para FRDA, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado una respuesta beneficiosa a la terapia (p. ej., desaceleración del deterioro clínico).
Restricciones de edad	16 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un médico especializado en ataxia de Friedreich o un neurólogo
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): 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, Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la superficie corporal se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYTROFA
Nombres de medicamentos	SKYTROFA
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	Deficiencia pediátrica de la hormona del crecimiento (DHC), inicial: A) El paciente cumple alguno de los siguientes: 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 O B) El paciente fue diagnosticado de GHD cuando era neonato. DHC pediátrica, continuación de la terapia: El paciente está experimentando mejoría.
Restricciones de edad	1 año 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	SOGROYA
Nombres de medicamentos	SOGROYA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Deficiencia pediátrica de la hormona del crecimiento (DHC): Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica obligatorio	Para DHC en adultos: El paciente cumple cualquiera de los siguientes: 1) 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (HC) fallidas antes del tratamiento O 2) factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) antes del tratamiento más de 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media Y 1 prueba de estimulación de HC fallida 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 un paciente con un índice de masa corporal [IMC] de 25 a 30 kg/m ² y alta probabilidad previa a la prueba de deficiencia de la hormona de crecimiento [DHC] [p. ej., anomalías estructurales adquiridas] o IMC menos de 25 kg/m ² , O d) GST [nivel máximo de HC menor o igual a 1 ng/ml] en un paciente con IMC de 25-30 kg/m ² y baja probabilidad previa a la prueba de DHC o IMC mayor de 30 kg/30kg), 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 pretratamiento 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. Deficiencia pediátrica de la hormona del crecimiento (DHC): 2,5 años de edad o más Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Restricciones de edad	Año del plan
Restricciones del médico	Para la deficiencia pediátrica de la hormona del crecimiento (DHC): A) El paciente (pt) tiene una velocidad de altura (ht) de 1 año antes del tratamiento (pre-tx) de más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media O una altura antes del tratamiento de más de 2 DE por debajo de la media y una altura de 1 año velocidad más de 1 DE por debajo de la media Y el pt cumple cualquiera de los siguientes: 1) no pasó 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (HC) previas al tratamiento (pico inferior a 10 ng/mL), 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) pretratamiento más de 2 SD por debajo de la media O B) El paciente fue diagnosticado de DHC cuando era neonato.
Duración de la cobertura	
Otros criterios	

Grupo de autorización previa	SOLIRIS
Nombres de medicamentos	SOLIRIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) (inicial): 1) el diagnóstico de HPN se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP), demostrada por: a) al menos un 5 % de células de HPN o b) al menos un 51 % de células polimorfonucleares (PMN) deficientes en GPI-AP Y 2) se utiliza citometría de flujo para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para HPN (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente (pt) ha demostrado una respuesta positiva a la terapia (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]). Para el síndrome urémico hemolítico atípico (SUHa) (inicial): la enfermedad no está causada por Escherichia coli productora de toxina Shiga. Para SUHa (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva a la terapia (p. ej., normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa (LDH), recuentos de plaquetas). Para miastenia gravis generalizada (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva a la terapia (p. ej., mejora en la puntuación MG-ADL). Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva a la terapia (p. ej., reducción en el número de recaídas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial 6 meses, Continuación: 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	SOTYKTU
Nombres de medicamentos	SOTYKTU
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) 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, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SPEVIGO
Nombres de medicamentos	SPEVIGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para los brotes de psoriasis pustulosa generalizada: El paciente tiene antecedentes conocidos de psoriasis pustulosa generalizada (ya sea recurrente [más de 1 episodio] o persistente [más de 3 meses]).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SPRAVATO
Nombres de medicamentos	SPRAVATO DOSIS 56 MG, SPRAVATO DOSIS 84 MG
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 de depresión resistente al tratamiento (TRD): 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos (p. ej., el Inventario de Depresión de Beck [BDI], la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton [HDRS], la Escala de Calificación de Depresión de Montgomery-Asberg [MADRS]], etc.), Y 2) Respuesta inadecuada con una dosis terapéutica o intolerancia a al menos dos agentes antidepresivos durante el episodio depresivo actual, Y 3) El paciente actualmente está recibiendo tratamiento con un antidepresivo oral. Para la TRD, continuación del tratamiento: Mejora o mejora sostenida desde el inicio en los síntomas depresivos como lo demuestran las escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos. Para el trastorno depresivo mayor (TDM) con ideación o comportamiento suicida agudo: 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de calificación estandarizadas que miden de manera confiable los síntomas depresivos (p. ej., el Inventario de Depresión de Beck [BDI], la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton [HDRS], la Escala de Calificación de Depresión de Montgomery-Asberg [MADRS]], etc.), Y 2) El paciente utilizará el fármaco solicitado en combinación con un antidepresivo oral.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	TRD inicial: 3 meses. Continuación de la TRD: Año del plan. TDM: 1 mes
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	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 irreseccable, 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 - Pendiente CMS Revisión
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 psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos comienzos): Al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) está afectada O zonas cruciales del cuerpo (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, zonas intertriginosas) están 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, irreseccable 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	STRENSIQ
Nombres de medicamentos	STRENSIQ
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 hipofosfatasa perinatal/infantil y juvenil: 1) El paciente presenta signos y/o síntomas clínicos de hipofosfatasa (p. ej, hipomineralización generalizada con rasgos raquíuticos, deformidades torácicas y fracturas costales, problemas respiratorios, hipercalcemia, retraso del crecimiento, dolor óseo/articular, convulsiones) Y 2) El inicio de la enfermedad fue perinatal/infantil o juvenil Y 3) El diagnóstico se confirmó por la presencia de mutación(es) en el gen ALPL detectada(s) mediante pruebas genéticas moleculares ALPL O el diagnóstico se confirmó por TODO lo siguiente: a) imágenes radiográficas que demuestran anomalías esqueléticas (p. ej., raquitismo infantil, pérdida ósea alveolar, defectos óseos focales de las metáfisis, fracturas metatarsales por estrés), b) nivel bajo de fosfatasa alcalina sérica (ALP) según el intervalo de referencia específico para el sexo y la edad del laboratorio que realiza la prueba y c) nivel elevado de sustrato de fosfatasa alcalina tisular no específica (TNALP) (es decir, nivel sérico de piridoxal 5'-fosfato [PLP], nivel sérico o urinario de fosfoetanolamina [PEA], nivel urinario de pirofosfato inorgánico [PPi]).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SUCRAID
Nombres de medicamentos	SUCRAID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la deficiencia congénita de sacarasa-isomaltasa: 1) El diagnóstico se confirmó mediante una biopsia del intestino delgado O 2) El diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SUNOSI
Nombres de medicamentos	SUNOSI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para somnolencia diurna excesiva asociada con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño, Y 2) 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. eso prohibiría una prueba de medicamentos que promueven la vigilia en el sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para la somnolencia diurna excesiva asociada con la apnea obstructiva del sueño (AOS), solicitud inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante polisomnografía, Y 2) 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 una prueba de fármacos que promuevan la vigilia en el sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Si la solicitud es para continuar la terapia, entonces el paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de la somnolencia diurna con apnea obstructiva del sueño (AOS).
Restricciones de edad	-
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	SUSVIMO
Nombres de medicamentos	SUSVIMO
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 oftalmólogo
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	SUTENT
Nombres de medicamentos	MALATO DE SUNITINIB, SUTENT
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 irreseccable, recurrente/progresiva o metastásica después de la progresión con terapias aprobadas, GIST irreseccables 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 irreseccable, 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 irreseccable 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	SYFOVRE
Nombres de medicamentos	SYFOVRE
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 oftalmólogo u optometrista
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	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	SYMLIN
Nombres de medicamentos	SIMLINPEN 120, SIMLINPEN 60
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	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	TADALAFIL (PAH)
Nombres de medicamentos	ADCIRCA, ALYQ, TADALAFIL, TADLIQ
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	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 irreseccable, reseccable 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 irreseccable 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	TAGRISSE
Nombres de medicamentos	TAGRISSE
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 leptomeníngicas 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 leptomeníngicas 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	TAKHZYRO
Nombres de medicamentos	TAKHZYRO
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	2 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	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) 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, Y 2) 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), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab). 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 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), 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	BEXAROTANO, TARGRETIN
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	TARPEYO
Nombres de medicamentos	TARPEYO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para pacientes con nefropatía por inmunoglobulina A (immunoglobulin A nephropathy, IgAN) primaria con riesgo de progresión de la enfermedad: 1) el paciente está recibiendo una dosis estable de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (renin-angiotensin system, RAS) con la dosis máxima tolerada (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [angiotensin-converting enzyme, ACE] o bloqueador de los receptores de la angiotensina [angiotensin receptor blocker, ARB]) o el paciente ha experimentado intolerancia o tiene una contraindicación para los inhibidores del RAS, Y 2) el paciente ha experimentado intolerancia a un glucocorticoide oral (p. ej., prednisona).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	10 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TASCENSO
Nombres de medicamentos	TASCENSO 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	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 irreseccable, 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	TAVALISSE
Nombres de medicamentos	TAVALISSE
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 crónica (PTI): 1) Para nuevos comienzos: el paciente cumple todos los requisitos siguientes a) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada o es intolerante a una terapia previa (p. ej., corticosteroides o inmunoglobulinas, agonista del receptor de trombopoyetina), 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, la respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado debe cumplir una de las siguientes opciones: 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	Inicial 12 semanas, Reautorización: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TAVNEOS
Nombres de medicamentos	TAVNEOS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la continuación del tratamiento de vasculitis grave asociada a autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA): el paciente ha experimentado beneficios con la terapia.
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 epitelioides: 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	TECFIDERA
Nombres de medicamentos	FUMARATO DIMETÍLICO, FUMARATO DIMETÍLICO INICIADOR, TECFIDERA, TECFIDERA INICIADOR
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	TECVAYLI
Nombres de medicamentos	TECVAYLI
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	TEGSEDI
Nombres de medicamentos	TEGSEDI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la polineuropatía de la amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina, el tratamiento inicial del paciente es positivo para una mutación del gen TTR y presenta una manifestación clínica de la enfermedad. Para la continuación de la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina, el paciente demuestra una respuesta beneficiosa a la terapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres de medicamentos	RESTORIL, 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	TEPEZZA
Nombres de medicamentos	TEPEZZA
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	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, XENAZINE
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 deutetribenazina.
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	TEZSPIRE
Nombres de medicamentos	TEZSPIRE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para asma grave, tratamiento inicial: El paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: 1) Corticosteroide inhalado en dosis medias a altas, 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 grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción de la dosis diaria de mantenimiento de corticoides orales.
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	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 dediferenciado. 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, irreseccable 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	TIGLUTIK
Nombres de medicamentos	TIGLUTIK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	1) El paciente requiere la administración del medicamento solicitado a través de un tubo de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG-Tube) O 2) El paciente tiene dificultad para tragar presentaciones farmacéuticas orales sólidas (p. ej., tabletas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TIVDAK
Nombres de medicamentos	TIVDAK
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	TLANDO
Nombres de medicamentos	TLANDO
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	TOBI INHALER
Nombres de medicamentos	TOBI PODHALER
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	-

Grupo de autorización previa	TOBRAMICINA
Nombres de medicamentos	BETHKIS, KITABIS PAK, TOBI, 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	TOBRAMICINA INY
Nombres de medicamentos	SULFATO DE TOBRAMICINA
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 intramuscular o intravenosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TOLSURA
Nombres de medicamentos	TOLSURA
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	DOXEPIN TÓPICO
Nombres de medicamentos	CLORHIDRATO DE DOXEPIN, PRUDOXINA, ZONALON
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 contraindicación a un corticosteroide tópico o a un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LIDOCAÍNA TÓPICA
Nombres de medicamentos	GLYDO, LIDOCAÍNA, LIDOCAÍNA HCL, PLIAGLIS, SYNERA
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	ANDROGEL PUMP, FORTESTA, NATESTO, TESTIM, TESTOSTERONA, BOMBA DE TESTOSTERONA, VOGELXO, VOGELXO PUMP
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	ALTRENO, ATRALIN, RETIN-A, RETIN-A MICRO, RETIN-A MICRO PUMP, TRETINOÍNA, MICROFERAS DE TRETINOÍNA, TWYNEO
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 leptomeníngicas 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	TRELSTAR
Nombres de medicamentos	TRELSTAR MIXJECT
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, supresión ovárica en cáncer de mama
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la disforia de género, el paciente cumple cualquiera de las siguientes opciones (1 o 2): 1) el fármaco solicitado se utiliza para suprimir la pubertad y el paciente se encuentra en el estadio 2 o superior de Tanner, O 2) el paciente se encuentra en un proceso de transición de género y recibirá el fármaco solicitado junto con hormonas de reafirmación de género. Para el cáncer de mama: 1) el medicamento solicitado se usa para la supresión ovárica en pacientes premenopáusicas y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con terapia endocrina y 3) la enfermedad tiene receptores hormonales positivos y 4) la enfermedad tiene un mayor riesgo de recidiva (p. ej. , edad joven, tumor de alto grado, afectación de ganglios linfáticos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
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 (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, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab). Para la artritis psoriásica (psoriatic arthritis, PsA) activa (de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Taltz (ixekizumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
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	REMOTULINA, TREPROSTINIL
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	SYPRINE, 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	TRODELVY
Nombres de medicamentos	TRODELVY
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, el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior para cualquiera de los siguientes casos a) carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico, b) carcinoma urotelial de vejiga con recidiva local músculo-invasiva o enfermedad persistente en una vejiga preservada, c) carcinoma urotelial de vejiga con recidiva metastásica o local poscistectomía, d) carcinoma primario recurrente de uretra, o e) carcinoma urotelial de vejiga en estadios II-IV. Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como terapia posterior, Y 3) la paciente tiene cáncer de mama triple negativo, o receptor hormonal (RH) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TRUDHESA
Nombres de medicamentos	TRUDHESA
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	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 insulínico 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
Nombres de medicamentos
Indicador de indicación de PA

TRUXIMA
TRUXIMA

Usos no autorizados

Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), algunas indicaciones médicamente aceptadas
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 leptomenígeas 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, irreseccable 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	TYMLOS
Nombres de medicamentos	TYMLOS
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 en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes supuestos: 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	Vida útil total de 24 meses para análogos de la hormona paratiroidea
Otros criterios	La paciente tiene una alta probabilidad de fractura con la Herramienta de Evaluación del Riesgo de Fractura (FRAX) si la probabilidad a 10 años es mayor o igual al 20 por ciento para cualquier fractura osteoporótica mayor o mayor o igual al 3 por ciento para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7,5 mg (equivalente de prednisona) al día, la puntuación de riesgo estimada generada con FRAX debe multiplicarse por 1,15 para la fractura osteoporótica mayor y por 1,2 para la fractura de cadera.

Grupo de autorización previa	TYSABRI
Nombres de medicamentos	TYSABRI
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 Crohn activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos una opción de terapia convencional (p. ej., corticosteroides) Y un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) indicado para la enfermedad de Crohn.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TYVASO
Nombres de medicamentos	TYVASO
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 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar asociada con la enfermedad pulmonar intersticial (Grupo 3 de la OMS): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, 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	TYVASO DPI
Nombres de medicamentos	KIT DE MANTENIMIENTO TYVASO DPI, KIT DE VALORACIÓN TYVASO DPI
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 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar asociada con la enfermedad pulmonar intersticial (Grupo 3 de la OMS): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar normal previa al tratamiento es superior a 20 mmHg, 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	TZIELD
Nombres de medicamentos	TZIELD
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para retrasar la diabetes tipo 1 en etapa 3 (DT1): 1) el paciente tiene un diagnóstico de diabetes tipo 1 en etapa 2 que fue confirmado por los dos siguientes: a) al menos dos autoanticuerpos positivos contra las células de los islotes pancreáticos Y b) disglucemia sin hiperglucemia manifiesta mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT) o un método alternativo si apropiado, Y 2) La historia clínica del paciente no sugiere diabetes tipo 2.
Restricciones de edad	8 años de edad o más
Restricciones del médico	Recetado por o en consulta con un endocrinólogo
Duración de la cobertura	1 mes
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 la migraña: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente 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	UCERIS
Nombres de medicamentos	BUDESONIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, UCERIS
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	UDENYCA
Nombres de medicamentos	UDENYCA
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	ULTOMIRIS
Nombres de medicamentos	ULTOMIRIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) (inicial): 1) el diagnóstico de HPN se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas a glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP), demostrada por: a) al menos un 5 % de células de HPN o b) al menos un 51 % de células polimorfonucleares (PMN) deficientes en GPI-AP Y 2) se utiliza citometría de flujo para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para PN (continuación del tratamiento): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o progresión de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva a la terapia (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, normalización de los niveles de lactato deshidrogenasa [LDH]). Para el síndrome urémico hemolítico atípico: la enfermedad no está causada por Escherichia coli productora de toxina Shiga.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	HPN inicial: 6 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	UPLIZNA
Nombres de medicamentos	UPLIZNA
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	UPTRAVI
Nombres de medicamentos	UPTRAVI, PAQUETE DE VALORACIÓN DE UPTRAVI
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	-
Grupo de autorización previa	UZEDY
Nombres de medicamentos	UZEDY
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 risperidona oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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	VABYSMO
Nombres de medicamentos	VABYSMO
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 oftalmólogo u optometrista
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	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	VEGZELMA
Nombres de medicamentos	VEGZELMA
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 corioidopatía polipoidea y proliferación angiomasitosa 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	Para todas las indicaciones excepto trastornos relacionados con la oftalmología: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Zirabev y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción.
Restricciones 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	VELCADE
Nombres de medicamentos	BORTEZOMIB, VELCADE
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	VELSIPITY
Nombres de medicamentos	VELSIPITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	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 uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Rinvoq (upadacitinib), Stelara (ustekinumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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	VEOZAH
Nombres de medicamentos	VEOZAH
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	VERKAZIA
Nombres de medicamentos	VERKAZIA
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 el paciente tiene una contraindicación a un estabilizador oftálmico de mastocitos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
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	VIBERZI
Nombres de medicamentos	VIBERZI
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	VICTOZA
Nombres de medicamentos	VICTOZA
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 insulínico dependiente de glucosa [GIP] y GLP-1 RA).

Grupo de autorización previa	VIGABATRINA
Nombres de medicamentos	SABRIL, VIGABATRINA, VIGADRONE
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	VIJOICE
Nombres de medicamentos	VIJOICE
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	VIMIZIM
Nombres de medicamentos	VIMIZIM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para mucopolisacaridosis tipo IVA (MPS IVA, síndrome de Morquio A): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 6-sulfatasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
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	VIVJOA
Nombres de medicamentos	VIVJOA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	La paciente tiene potencial reproductivo.
Información médica obligatorio	Para reducir la incidencia de candidiasis vulvovaginal recurrente (RVVC) en una paciente con antecedentes de RVVC: 1) La paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene contraindicación al fluconazol Y 2) El medicamento solicitado se utilizará por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	12 semanas
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	VFEND, VFEND IV, 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	VOWST
Nombres de medicamentos	VOWST
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 la recidiva de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) El diagnóstico de CDI se ha confirmado mediante una prueba de heces positiva para la toxina de C. difficile, Y 2) El medicamento solicitado se administrará al menos 48 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recurrente.
Restricciones de edad	18 años de edad o más
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOXZOGO
Nombres de medicamentos	VOXZOGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para acondroplasia con epífisis abiertas, inicial: El diagnóstico se confirma mediante cualquiera de los siguientes: 1) hallazgos radiológicos de características compatibles con la enfermedad O 2) pruebas genéticas. Para la acondroplasia con epífisis abiertas, la continuación del tratamiento: el paciente está experimentando mejoría.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	Recetado por un endocrinólogo, genetista, neurólogo o especialista en displasia esquelética, o en consulta con estos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VPRIV
Nombres de medicamentos	VPRIV
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: 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	VTAMA
Nombres de medicamentos	VTAMA
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 ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un corticosteroide tópico O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba con corticosteroides tópicos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VUMERITY
Nombres de medicamentos	VUMERITY
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	VYEPTI
Nombres de medicamentos	VYEPTI
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: 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. 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	VYNDAMAX
Nombres de medicamentos	VYNDAMAX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la miocardiopatía por amiloidosis hereditaria o mediada por transtiretina de tipo salvaje (ATTR-CM): Iniciación: 1) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico), Y 2) la afectación cardíaca se confirmó mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (por ejemplo, grosor de la pared del tabique interventricular telediastólico superior a 12 milímetros) Y 3) el paciente cumple una de las siguientes condiciones: a) si la solicitud es para una ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtiretina (TTR); b) si la solicitud es para una ATTR-CM de tipo salvaje, el paciente tiene proteínas precursoras de la transtiretina confirmadas mediante pruebas. Continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa a la terapia (p. ej., desaceleración del deterioro clínico).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VYND AQEL
Nombres de medicamentos	VYND AQEL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la miocardiopatía por amiloidosis hereditaria o mediada por transtiretina de tipo salvaje (ATTR-CM): Iniciación: 1) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico), Y 2) la afectación cardíaca se confirmó mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (por ejemplo, grosor de la pared del tabique interventricular telediastólico superior a 12 milímetros) Y 3) el paciente cumple una de las siguientes condiciones: a) si la solicitud es para una ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtiretina (TTR); b) si la solicitud es para una ATTR-CM de tipo salvaje, el paciente tiene proteínas precursoras de la transtiretina confirmadas mediante pruebas. Continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa a la terapia (p. ej., desaceleración del deterioro clínico).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VYVANSE
Nombres de medicamentos	LISDEXAMFETAMINA DIMESILA, VYVANSE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA): el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un fármaco estimulante genérico del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VYVGART
Nombres de medicamentos	VYVGART, VYVGART HYTRULO
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	WAKIX
Nombres de medicamentos	WAKIX
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 se ha confirmado mediante una evaluación en el laboratorio del sueño, Y 2) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un fármaco promotor de la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos promotores de la vigilia del 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. Para la continuación de la terapia: El paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.
Restricciones de edad	18 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	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	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	WINLEVI
Nombres de medicamentos	WINLEVI
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 producto genérico para el acné (p. ej., clindamicina tópica, eritromicina tópica, retinoide tópico o isotretinoína oral).
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	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	XDEMYY
Nombres de medicamentos	XDEMYY
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	XEMBIFY
Nombres de medicamentos	XEMBIFY
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	XENPOZIME
Nombres de medicamentos	XENPOZIME
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 esfingomielinasa ácida (ASMD): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima esfingomielinasa ácida (ASM) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XEOMIN
Nombres de medicamentos	XEOMIN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	Uso cosmético.
Información médica obligatorio	-
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 días
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XIPERE
Nombres de medicamentos	XIPERE
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 optometrista u oftalmólogo
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	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, el tratamiento inicial: 1) El paciente tiene una prueba cutánea (o análisis de sangre) positiva a al menos un aeroalérgeno perenne, 2) El paciente tiene un nivel basal de IgE mayor o igual a 30 UI/mL, Y 3) El paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: a) corticosteroide inhalado de dosis media a alta, Y b) Controlador adicional (es decir, agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que el paciente presente una intolerancia o contraindicación a dichas terapias. Para el asma persistente de moderada a grave, continuación del tratamiento: El control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción de la frecuencia y/o gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción de la dosis diaria de mantenimiento de corticoides orales. Para la urticaria crónica espontánea (UCE), terapia inicial: 1) El paciente ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluido el angioedema relacionado con la bradiquinina y los síndromes urticarianos asociados a IL-1 (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticaria), 2) El paciente ha experimentado una aparición espontánea de ronchas, angioedema, o ambos, durante al menos 6 semanas, Y 3) El paciente permanece sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínico H1. Para UCE, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado un beneficio (p. ej., mejora de los síntomas) desde el inicio de la terapia. Para la 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
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Inicial del CSU: 6 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-

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	XPHOZAH
Nombres de medicamentos	XPHOZAH
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	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	XYOSTED
Nombres de medicamentos	XYOSTED
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	XYREM
Nombres de medicamentos	OXIBATO DE SODIO, XYREM
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	XYWAV
Nombres de medicamentos	XYWAV
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 (pt) con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico (dx) se ha 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 medicamento estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de fármacos estimulantes del 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 medicamento que promueve la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de medicamentos que promueven la vigilia en SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para la hipersomnia idiopática, el diagnóstico se ha confirmado mediante TODO lo siguiente: 1) el paciente ha experimentado lapsus de sueño o una necesidad irreprimible de dormir durante el día, a diario, durante al menos 3 meses, Y 2) se confirma la ausencia del síndrome de sueño insuficiente, Y 3) la cataplejía está ausente, Y 4) menos de 2 períodos de movimientos oculares rápidos al inicio del sueño (SOREMP) o ausencia de SOREMP, si la latencia de los movimientos oculares rápidos en un estudio del sueño nocturno fue menor o igual a 15 minutos, Y 5) latencia media del sueño inferior o igual a 8 minutos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo total de sueño de 24 horas es superior o igual a 11 horas, Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico, o consumo de fármacos/medicamentos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de la prueba.
Restricciones de edad	Narcolepsia: 7 años de edad o más, hipersomnia idiopática: 18 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	Para el tratamiento de la cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: el diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación del laboratorio del sueño. Para la narcolepsia: el paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia. Para la hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: el paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia diurna desde el inicio.

Grupo de autorización previa	YCANTH
Nombres de medicamentos	YCANTH
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	YERVOY
Nombres de medicamentos	YERVOY
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	YONSA
Nombres de medicamentos	YONSA
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	YUPELRI
Nombres de medicamentos	YUPELRI
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 DOS de los siguientes: Symbicort (budesonida/formoterol), Advair Diskus (fluticasona/salmeterol), Breo Ellipta (fluticasona/vilanterol), Incruse Ellipta (umeclidinio), Anoro Ellipta (umeclidinio/vilanterol), Bevespi (glicopirrolato/formoterol), Serevent Diskus (salmeterol), Trelegy Ellipta (fluticasona/umeclidinio/vilanterol).
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	ZALTRAP
Nombres de medicamentos	ZALTRAP
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 colorrectal irresecable.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para cáncer colorrectal avanzado, irresecable o metastásico (incluido el adenocarcinoma apendicular): el medicamento solicitado se utilizará en combinación con FOLFIRI o irinotecán.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
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	ZAVZPRET
Nombres de medicamentos	ZAVZPRET
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la migraña aguda: 1)El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano Y 2) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación a Nurtec ODT (rimegepant) O Ubrelvy (ubrogepant).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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	Leiomioma uterino
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el leiomioma 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 irreseccable, reseccable 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	ZEPOSIA
Nombres de medicamentos	ZEPOSIA, PAC DE INICIO DE 7 DÍAS DE ZEPOSIA, KIT DE INICIO DE ZEPOSIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos una terapia convencional (p. ej., corticosteroides).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZEPZELCA
Nombres de medicamentos	ZEPZELCA
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 pequeñas recidivante, cáncer de pulmón de células pequeñas progresivo primario.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de pulmón de células pequeñas: el medicamento solicitado se utilizará como agente único en uno de los siguientes escenarios: 1) se ha producido una recidiva de la enfermedad tras una respuesta completa o parcial o una enfermedad estable con el tratamiento inicial, 2) el paciente tiene una enfermedad primaria progresiva, o 3) el paciente tiene una enfermedad metastásica tras la progresión de la enfermedad en o después de la quimioterapia basada en platino.
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	ZILXI
Nombres de medicamentos	ZILXI
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 metronidazol tópico genérico o ácido azelaico tópico al 15 por ciento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Año del plan
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 angiomasosa 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	ZOLADEX
Nombres de medicamentos	ZOLADEX
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, tratamiento del sangrado uterino anovulatorio crónico (CAUB) con anemia grave
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado se debe utilizar para la enfermedad con receptor hormonal (HR) positivo. Para la disforia de género (GD), el paciente debe cumplir cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el paciente está pasando por una transición de género y recibirá el medicamento solicitado de manera concomitante con hormonas de reafirmación de género, O 2) el medicamento solicitado se usará para la supresión hormonal puberal y el paciente ha alcanzado la etapa 2 de Tanner de la pubertad o superior.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico	-
Duración de la cobertura	Agente adelgazante endometrial antes de la ablación: 3 meses Endometriosis, CAUB: 6 meses Otro: Año del plan.
Otros criterios	La concentración de 10,8 mg no es aprobable para diagnósticos distintos del cáncer de mama o de próstata.

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	ZOLPIDEM
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: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a las tabletas de zolpidem de liberación inmediata.
Restricciones de edad	Menos de 65 años
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	ZORYVE
Nombres de medicamentos	ZORYVE
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 ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides tópicos.
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	ZORYVE FOAM
Nombres de medicamentos	ZORYVE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos no autorizados	-
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	Para la dermatitis seborreica: si el paciente tiene 12 años de edad o más, ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el ketoconazol tópico.
Restricciones de edad	9 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	ZYNLONTA
Nombres de medicamentos	ZYNLONTA
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	Linfomas de células B relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (linfoma difuso de células B grandes relacionado con el SIDA, linfoma de efusión primaria y linfoma difuso de células B grandes positivo para el virus del herpes humano 8 (HHV8), no especificado) y transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes.
Criterio de exclusión	-
Información médica obligatorio	El medicamento solicitado se utilizará 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	ZYNYZ
Nombres de medicamentos	ZYNYZ
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	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	-