

## **Criterios de PA**

**Grupo de autorización previa**

**Nombres de medicamentos**

**Indicador de indicación de PA**

**Usos no aprobados**

**Criterios de exclusión**

**Información médica requerida**

ABILIFY MYCITE

ABILIFY MYCITE DE MANTENIMIENTO, ABILIFY MYCITE KIT DE INICIO

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-

-

Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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 insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar. Para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la marca Vraylar. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Rexulti, Vraylar.

**Restricciones de edad**

-

**Restricciones de la persona que receta**

-

**Duración de la cobertura**

Año del plan

**Otros criterios**

-

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ABIRATERONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ABIRATERONE ACETATE, ABIRTEGA, ZYTIGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de próstata con afectación ganglionar (N1) no metastásico (M0); cáncer de próstata de riesgo muy alto; cáncer de próstata de riesgo alto no metastásico; cáncer de próstata no metastásico con persistencia/recurrencia de antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA) después de una prostatectomía radical |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ACITRETIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ACITRETIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Prevención de tipos de cáncer de piel distintos del melanoma en individuos de alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier)                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la psoriasis: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para metotrexato o ciclosporina.                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ACTIMMUNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ACTIMMUNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Micosis fungoide, síndrome de Sézary                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ADAKVEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADAKVEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 16 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ADAPALENO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADAPALENE, ADAPALENE/BENZOYL PEROXID, CABTREO, DIFFERIN, DIFFERIN PUMP, EPIDUO, EPIDUO FORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ADBRY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADBRY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la dermatitis atópica, tratamiento inicial: 1) el paciente tiene una enfermedad de moderada a grave; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O los corticoesteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son aconsejables para el paciente. Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: el paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ADEMPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADEMPAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. Para la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (chronic thromboembolic pulmonary hypertension, CTEPH) (grupo 4 conforme a la OMS): 1) El paciente tiene CTEPH persistente o recurrente después de una endarterectomía pulmonar (pulmonary endarterectomy, PEA); O 2) el paciente tiene CTEPH inoperable con el diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho Y tomografía computarizada (computed tomography, CT), resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) o angiografía pulmonar. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ADLARITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADLARITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Demencia vascular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente no puede tomar formas de dosificación por vía oral (p. ej., dificultad para tragar comprimidos o cápsulas). Para la demencia de Alzheimer: el paciente experimentó una respuesta insuficiente, intolerancia o tiene una contraindicación al parche transdérmico de rivastigmina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ADZYNMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADZYNMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la púrpura trombocitopénica trombótica congénita (congenital thrombotic thrombocytopenic purpura, cTTP), inicial: El diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas o ensayo enzimático con mutaciones bialélicas en el gen ADAMTS13. Para la cTTP, continuación: El paciente responde al tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AIMOVIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AIMOVIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y experimentó menos días con migraña al mes con respecto al inicio.                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AKEEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AKEEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AKLIEF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AKLIEF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el acné vulgar: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el retinoide tópico genérico.                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 9 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALBENDAZOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALBENDAZOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Hidatidosis, microsporidiosis: 6 meses; todas las demás indicaciones: 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALDURAZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALDURAZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para mucopolisacaridosis de tipo 1 (MPS 1): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima alfa-L-iduronidasa o mediante pruebas genéticas. Los pacientes con el tipo de Scheie (es decir, MPS 1 H atenuada) deben tener síntomas de moderados a graves. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALECENSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALECENSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK), metástasis cerebral de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (anaplastic large-cell lymphoma, ALCL) positivo para ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (Erdheim-Chester Disease, ECD) con fusión de ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorias (inflammatory myofibroblastic tumors, IMT) con translocación de ALK, linfoma de células B grandes positivo para ALK |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la extirpación del tumor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALKINDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALKINDI SPRINKLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la insuficiencia corticosuprarrenal: 1) El paciente requiere una concentración que no está disponible en comprimidos de hidrocortisona (p. ej., 0.5 mg, 1 mg o 2 mg); O 2) el paciente tiene dificultad para tragar comprimidos de hidrocortisona.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALOSETRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CLORHIDRATO DE ALOSETRÓN, LOTRONEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el síndrome del colon irritable (irritable bowel syndrome, IBS) con predominio de diarrea grave: 1) El medicamento solicitado se receta para una mujer biológica o una persona que se autoidentifica como mujer; 2) síntomas crónicos del IBS que duran al menos 6 meses; 3) se descartaron anomalías del tracto gastrointestinal; Y 4) respuesta insuficiente a un tratamiento convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos, antidiarreicos). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ARALAST NP, GLASSIA, PROLASTINA-C, ZEMAIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la insuficiencia del inhibidor de la endopeptidasa alfa-1: El paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente; Y 2) niveles del inhibidor de la endopeptidasa alfa-1 sérica previo al tratamiento inferior a 11 micromoles/l (80 miligramos por decilitro [mg/dl] por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría).                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALPRAZOLAM ER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALPRAZOLAM ER, XANAX XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno de pánico: 1) El medicamento solicitado se está utilizando en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI), hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de pánico; O el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI); Y 2) la persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 4 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALUNBRIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALUNBRIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK); metástasis cerebral de NSCLC positivo para ALK; tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK; enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) la enfermedad es positiva para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALVAIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALVAIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la trombocitopenia inmunitaria (immune thrombocytopenia, ITP) crónica o persistente (inicio nuevo): 1) El paciente (pt) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas; Y 2) el recuento de plaquetas (plt) no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad ulcerosa péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para ITP (continuación): respuesta del recuento de plt al fármaco solicitado: 1) El recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar sangrados importantes a nivel clínico. Para la trombocitopenia asociada con la hepatitis C crónica (inicio nuevo): el medicamento solicitado se utiliza para iniciar y mantener el tratamiento con interferón. Para trombocitopenia relacionada con la hepatitis C crónica (continuación): el paciente recibe tratamiento con interferón. Para la anemia aplásica (AA) grave (inicio nuevo): El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento inmunodepresor. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Virus de la hepatitis C (VHC): 6 meses, comienzo de ITP/AA: 6 meses, nueva autorización para la ITP: Año del plan, nueva autorización de AA: APR-Año del plan, IPR-16 semanas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | Para la AA grave (continuación): 1) El recuento actual de plaquetas es de 50,000/mcl a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcl y el paciente no recibió el tratamiento ajustado de forma correcta durante al menos 16 semanas; O 3) el recuento actual de plaquetas es inferior a 50,000/mcl y el paciente no depende de transfusiones; O 4) el recuento actual de plaquetas es superior a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará para lograr y mantener un recuento objetivo adecuado de plaquetas. APR: respuesta plaquetaria suficiente (más de 50,000/mcl), IPR: respuesta plaquetaria insuficiente (menos de 50,000/mcl).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ALYFTREK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALYFTREK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes de potenciadores de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator, CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).<br>6 años de edad o más                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AMBRISANTAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AMBRISANTAN, LETAIRIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AMPHETAMINES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADDERALL, ADDERALL XR, ADZENYS XR-ODT, AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETA, DEXEDRINE, DEXTROAMPHETAMINE SULFATE, DYANAVEL XR, MYDAYIS, XELSTRYM, ZENZEDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | 1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA); O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AMVUTTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AMVUTTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtirretina (TTR), tratamiento inicial: El paciente resulta positivo para una mutación del gen TTR y muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., depósitos de amiloide en muestras de biopsia, variantes proteicas de TTR en suero, polineuropatía sensorial-motora periférica progresiva). Para polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por TTR, continuación del tratamiento: El paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., mejora de la gravedad de la neuropatía y la tasa de evolución de la enfermedad). Para una miocardiopatía amiloide por transtirretina hereditaria o sin mutación (transthyretin amyloid cardiomyopathy, ATTR-CM), terapia inicial: 1) el paciente muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico); Y 2) la afección cardíaca se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) imágenes por ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros), o b) gammagrafía de la perfusión miocárdica con tecnecio; Y 3) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: a) si la solicitud es para una ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de transtirretina (transthyretin, TTR); b) si la solicitud es para una ATTR-CM sin mutación, el paciente tiene precursores proteicos de transtirretina confirmados por las pruebas. Para una ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AMZEEQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AMZEEQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 9 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AQNEURSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AQNEURSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C (NPC), inicial: 1) el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron una variante del gen NPC1 o NPC2, 2) el paciente tiene manifestaciones neurológicas de la enfermedad (p. ej., pérdida de habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación), Y 3) el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con Miplyffa (arimoclomol). Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, continuación: el paciente está experimentando beneficios de la terapia (p. ej., estabilización o mejora de las habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ARANESP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ARANESP SIN ALBÚMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Anemia en pacientes con síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndrome, MDS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mieloide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Los requisitos con respecto a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) Para la anemia debido a la enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD): el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [transferrin saturation, TSAT] superior o igual al 20 %); Y 2) para todos los usos: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dl antes del tratamiento (sin un tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior); Y 3) para la anemia en pacientes con síndrome mielodisplásico (MDS): el nivel de eritropoyetina (EPO) sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para las nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos: 1) El paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina; Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina; Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl; Y 4) para la CKD: el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20 %). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 16 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | La cobertura de la Parte D se rechazará si la cobertura está disponible en virtud de la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y entrega o suministra para el individuo (p. ej., se utiliza para el tratamiento de la anemia en un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del suministro médico como parte de un servicio médico).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ARAZLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ARAZLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 9 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ARCALYST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ARCALYST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Prevención de crisis de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para disminuir los niveles de urato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la prevención de crisis de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para disminuir los niveles de urato (p. ej., alopurinol) (de inicio nuevo): 1) dos o más crisis de gota dentro de los 12 meses anteriores, Y 2) respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y colchicina Y 3) uso simultáneo con un tratamiento para disminuir los niveles de urato. Para la prevención de crisis de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para disminuir los niveles de urato (p. ej., alopurinol) (continuación): 1) el paciente debe haber alcanzado o mantenido un beneficio clínico (es decir, una cantidad menor de ataques de gota o menos días de crisis) en comparación con el inicio Y 2) el uso continuo de un tratamiento para disminuir los niveles de urato en simultáneo con el medicamento solicitado. Para la pericarditis recurrente: el paciente debe haber tenido una respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un AINE y colchicina. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ARIKAYCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ARIKAYCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ARMODAFINIL                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ARMODAFINILO, NUVIGIL                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la somnolencia excesiva asociada con narcolepsia: el diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con apnea del sueño obstructiva (obstructive sleep apnea, OSA): el diagnóstico se confirmó mediante polisomnografía. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ASPARLAS                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ASPARLAS                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | De 21 años de edad o menos                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ASPRUZYO                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ASPRUZYO SPRINKLE                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la angina crónica: 1) El paciente probó comprimidos de ranolazina; O 2) el paciente no puede tomar comprimidos de ranolazina por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar comprimidos, requiere administración nasogástrica).                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ATTRUBY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ATTRUBY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para una miocardiopatía amiloide por transtiretina hereditaria o sin mutación (transthyretin amyloid cardiomyopathy, ATTR-CM), terapia inicial: 1) el paciente muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico); Y 2) la afección cardíaca se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) imágenes por ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros), o b) gammagrafía de la perfusión miocárdica con tecnecio; Y 3) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: a) si la solicitud es para una ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de transtiretina (transthyretin, TTR); b) si la solicitud es para una ATTR-CM sin mutación, el paciente tiene precursores proteicos de transtiretina confirmados por las pruebas. Para una ATTR-CM, continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AUBAGIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TERIFLUNOMIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AUGTYRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AUGTYRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AUSTEDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR PATIENT TITRAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Síndrome de Tourette                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AUVELITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AUVELITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina o bupropión. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AVEED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AVEED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Disforia de género                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género, el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AVMAPKI-FAZYNJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AVONEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AVONEX, PLUMA DE AVONEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AVSOLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AVSOLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Síndrome de Behcet; hidrosadenitis supurativa; artritis idiopática juvenil; piodermia gangrenosa; sarcoidosis; arteritis de Takayasu; uveítis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 experimentó intolerancia o contraindicación al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un 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 experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento 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 tratamiento 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). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación cuando probó un tratamiento inmunodepresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: el paciente experimentó un evento adverso intolerable a Renflexis, y este evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AYVAKIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AYVAKIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST) para enfermedad residual, irresecable, con rotura tumoral, 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 D842V 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 una mutación 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 residual, irresecable, con rotura tumoral, recurrente o metastásica sin mutación del exón 18 del PDGFRA. Para la mastocitosis sistémica: 1) El paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica de escasa malignidad 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). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AZELEX CREMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AZELEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el acné vulgar: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a un producto tópico genérico para el acné (p. ej., clindamicina tópica, eritromicina tópica, retinoides tópicos).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | AZSTARYS                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AZSTARYS                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el trastorno por déficit de atención (TDA): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un producto genérico de anfetamina o un producto genérico de metilfenidato. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**

B VS. D

ABELCET, ABRAXANE, ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, AKYNZEO, ALBUTEROL SULFATE, AMBISOME, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APREPITANT, ARFORMOTEROL TARTRATE, ARZERRA, ASTAGRAF XL, ATGAM, AXTLE, AZACITIDINE, AZASAN, AZATHIOPRINE, BENDAMUSTINE HYDROCHLORID, BENDEKA, BLEOMYCIN SULFATE, BROVANA, BUDESONIDE, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CAMPTOSAR, CARBOPLATIN, CARNITOR, CELLCEPT, CINACALCET HYDROCHLORIDE, CISPLATIN, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 1, CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%, CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINIMIX E 2.75%/DEXTROSE, CLINIMIX E 4.25%/DEXTROSE, CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 15, CLINIMIX E 5%/DEXTROSE 20, CLINIMIX E 8/10, CLINIMIX E 8/14, CLINISOL SF 15%, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE, CYTARABINE AQUEOUS, CYTOGAM, DACARBAZINE, DECITABINE, DEPO-MEDROL, DEXRAZOXANE, DEXTROSE 50%, DEXTROSE 70%, DILAUDID, DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID, DOCETAXEL, DOCIVYX, DOXERCALCIFEROL, DOXIL, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, DUOPA, ELITEK, ELLENCE, EMEND, EMEND BIPACK, EMEND TRIPACK, ENGERIX-B, ENVARUSUS XR, EPOPROSTENOL SODIUM, ERBITUX, ERIBULIN MESYLATE, ETOPOPHOS, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FASLODEX, FIASP PUMPCART, FLOLAN, FLUDARABINE PHOSPHATE, FLUOROURACIL, FORMOTEROL FUMARATE, FOSCARNET SODIUM, FRINDOVYX, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRAFAPEX, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HALAVEN, HEPAGAM B, HEPARIN SODIUM, HEPLISAV-B, HUMULIN R U-500 (CONCENTR, HYDROMORPHONE HCL, HYDROMORPHONE HYDROCHLORI, IBANDRONATE SODIUM, IFEX, IFOSFAMIDE, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), IMURAN, INTRALIPID, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, IXEMPRA KIT, JYLAMVO, JYNNEOS, KABIVEN, KADCYLA, KENALOG-10, KENALOG-40, KENALOG-80, KHAPZORY, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LEVOLEUCOVORIN, LEVOLEUCOVORIN CALCIUM, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, LIDOCAINE/PRILOCAINE, MARINOL, MEDROL, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MITOMYCIN, MITOXANTRONE HCL, MORPHINE SULFATE, MORPHINE SULFATE/SODIUM C, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, MYFORTIC, MYHIBBIN, NEBUPENT, NEORAL, NIPENT, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, ONIVYDE, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PEDIAPRED, PEMETREXED, PEMRYDI RTU, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PERFOROMIST, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM

PHOSP, PREDNISON, PREDNISON INTENSOL, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, PULMICORT, RABAVER, RECLAST, RECOMBIVAX HB, ROCALTROL, SANDIMMUNE, SENSIPAR, SIROLIMUS, SMOFLIPID, SOLU-MEDROL, TACROLIMUS, TEMSIROLIMUS, TENIVAC, TOPOTECAN HCL, TOPOTECAN HYDROCHLORIDE, TORISEL, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TREANDA, TREXALL, TRIAMCINOLONE ACETONIDE, TROPHAMINE, VALRUBICIN, VALSTAR, VARUBI, VECTIBIX, VELETRI, VIDAZA, VINBLASTINE SULFATE, VINCRISTINE SULFATE, VINOELBINE TARTRATE, VIVIMUSTA, XATMEP, XYLOCAINE, XYLOCAINE-MPF, ZEMPLAR, ZILRETTA, ZOLEDRONIC ACID, ZORTRESS

|                                               |                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | N/C                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare, según el caso. Para tomar una determinación, es posible que deba presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento. |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BACLOFENO                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BACLOFENO, OZOBAX DS                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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).            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BAFIERTAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BAFIERTAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BALVERSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BALVERSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma urotelial: 1) la enfermedad tiene alteraciones genéticas susceptibles del receptor del factor de crecimiento fibroblástico 3 (fibroblast growth factor receptor 3, FGFR3); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para cualquiera de los siguientes: a) carcinoma urotelial localmente avanzado, recurrente o metastásico; O b) carcinoma urotelial de la vejiga en estadio II-IV, recurrente o persistente. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BANZEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BANZEL, RUFINAMIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 año de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BAVENCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BAVENCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasia trofoblástica gestacional, carcinoma endometrial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se utilizará como cualquiera de los siguientes: 1) tratamiento de mantenimiento si no se observa evolución con la quimioterapia de primera línea con platino; O 2) tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: 1) la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con axitinib como tratamiento de primera línea. Para la neoplasia trofoblástica gestacional, el medicamento solicitado se utilizará para la enfermedad resistente a la quimioterapia con múltiples fármacos. Para el carcinoma endometrial: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior; Y 2) la enfermedad con inestabilidad de microsatélites alta (microsatellite instability-high, MSI-H) recurrente o con alteración de la vía reparadora de emparejamiento (mismatch repair deficient, dMMR).                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BELBUCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BELBUCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia drepanocítica, una afección terminal o el dolor que se maneja mediante cuidados paliativos; O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se receta para el dolor intenso y lo suficientemente persistente como para requerir un período de tratamiento extendido con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide; Y 2) el paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada en función de sus antecedentes de uso de opioides (Nota: Este medicamento debe recetarse solo por profesionales de atención médica que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el manejo del dolor crónico); Y 3) el paciente fue evaluado y se lo controlará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para continuar el tratamiento en un paciente que ha estado recibiendo un opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días, O el paciente tomó un opioide de absorción lenta durante al menos una semana. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BELEODAQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BELEODAQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia/linfoma de linfocitos T adultos, NK extraganglionar/linfoma de linfocitos T, linfoma de linfocitos T hepatoesplénicos, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado con implantes mamarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BENLYSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BENLYSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Para los pacientes que recién comienzan el tratamiento: lupus del sistema nervioso central activo grave.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el lupus eritematoso diseminado (systemic lupus erythematosus, SLE): 1) el paciente actualmente recibe un régimen estable de tratamiento estándar para el SLE (p. ej., corticoesteroides, antipalúdicos o AINE); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para el SLE. Para la nefritis lúpica: 1) el paciente actualmente recibe un régimen estable de tratamiento estándar para la nefritis lúpica (p. ej., corticoesteroides, ciclofosfamida, mofetilo de micofenolato o azatioprina); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BEOVU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BEOVU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BERINERT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BERINERT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de ataques agudos debido a angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (myoferlin, MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BESPONSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BESPONSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia linfoblástica aguda (acute lymphoblastic leukemia, ALL) precursora de células B: El tumor es positivo para CD22, según lo confirmado por pruebas o análisis para identificar la proteína CD22 en la superficie de las células B.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BESREMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BESREMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BETASERON                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BETASERON                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BEXAROTENE                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BEXAROTENO, TARGRETINA                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS); linfoma anaplásico primario de células grandes (ALCL) cutáneo positivo para CD30; papulosis linfomatoide (lymphomatoid papulosis, LyP) positiva para CD30 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BKEMV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BKEMV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (glycosylphosphatidylinositol-anchored proteins, GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución 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 (atypical hemolytic uremic syndrome, aHUS), inicial: la enfermedad no es causada por la Escherichia coli productora de la toxina Shiga. Para el aHUS (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución 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]). Para la miastenia grave generalizada (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva a la terapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BOSENTAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BOSENTÁN, TRACLEER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) si la solicitud es para un paciente adulto, el paciente debe cumplir con las dos condiciones a continuación: a) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood; y b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para ambrisentán (Letairis).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BOSULIF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BOSULIF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B con cromosoma Filadelfia positivo (Philadelphia chromosome positive B-cell acute lymphoblastic leukemia, Ph+ B-ALL); neoplasias mieloides o linfáticas con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o la fase blástica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L; Y 3) el paciente experimentó resistencia o intolerancia al imatinib, dasatinib o nilotinib. Para la B-ALL, incluidos 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; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BOTOX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BOTOX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Salivación excesiva secundaria a enfermedad de Parkinson avanzada; espasmo hemifacial; fisura anal crónica; acalasia; disfonía espasmódica (distonía laríngea); distonía bucomandibular; hiperhidrosis palmar; temblor hereditario; dolor miofascial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Uso cosmético                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la profilaxis de jaqueca crónica, tratamiento inicial: 1) el paciente experimenta al menos 15 días de dolor de cabeza por mes; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente, intolerancia o tiene una contraindicación a un inhibidor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (calcitonin gene-related peptide, CGRP). Para la profilaxis de jaqueca crónica, continuación del tratamiento (después de 2 ciclos de inyección): Menos días con dolor de cabeza por mes desde el inicio del tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Migraña crónica, tratamiento inicial: 6 meses; renovación: Año del plan. Todas las demás indicaciones: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BRAFTOVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BRAFTOVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo, adenocarcinoma apendicular, NSCLC recurrente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el paciente tiene cualquiera de los siguientes: a) una enfermedad avanzada o metastásica; b) una metástasis metacrónica irresecable. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como único fármaco o en combinación con binimetinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con binimetinib. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BRIVIACT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BRIVIACT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 mes de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BRIVIACT INYECTABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BRIVIACT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 mes de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BRONCHITOL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BRONCHITOL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BRUKINSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BRUKINSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | En el caso del linfoma de células del manto, la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas (CLL/SLL): el paciente ha experimentado un evento adverso intolerable o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib).                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BUDESONIDE CAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BUDESONIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Inducción y mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica en adultos, hepatitis autoinmunitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el mantenimiento de la remisión clínica de la colitis microscópica: el paciente tuvo una recurrencia de los síntomas después de la interrupción del tratamiento de inducción.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Enfermedad de Crohn, tratamiento: 8 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Hepatitis autoinmunitaria, colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses; todas las demás indicaciones: 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BUPRENORPHINE PATCH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BUPRENORFINA, BUTRANS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia drepanocítica, una afección terminal o el dolor que se maneja mediante cuidados paliativos; O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se receta para el dolor intenso y lo suficientemente persistente como para requerir un período de tratamiento extendido con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide; Y 2) el paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada en función de sus antecedentes de uso de opioides (Nota: Este medicamento debe recetarse solo por profesionales de atención médica que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el manejo del dolor crónico); Y 3) el paciente fue evaluado y se lo controlará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para continuar el tratamiento en un paciente que ha estado recibiendo un opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días, O el paciente tomó un opioide de absorción lenta durante al menos una semana. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BYLVAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BYLVAY, BYLVAY (MICROESFERAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento del prurito en la colestasis intrahepática familiar progresiva (progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC) (solicitudes iniciales): 1) el diagnóstico de PFIC se confirmó mediante pruebas genéticas; 2) el paciente no tiene PFIC de tipo 2 con variantes de ABCB11 que provoquen la ausencia completa o no funcional de la proteína de bomba exportadora de sales biliares (BSEP-3); 3) el paciente no tiene ninguna otra enfermedad hepática concomitante; Y 4) el paciente no recibió un trasplante hepático. Para el tratamiento del prurito en la PFIC (solicitudes de continuación): el paciente experimentó un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mejora del prurito). Para el tratamiento del prurito colestásico con síndrome de Alagille (Alagille Syndrome, ALGS) (continuación): el paciente experimentó un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mejora del prurito). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Para la PFIC: 3 meses de edad o más, para el ALGS: 12 meses de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BYOOVIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BYOOVIZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CABLIVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CABLIVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (acquired thrombotic thrombocytopenic purpura, aTTP): El paciente no experimentó más de 2 recaídas de aTTP mientras recibía el medicamento solicitado. Para la aTTP (inicial): 1) la solicitud es para el tratamiento durante el período de intercambio de plasma o directamente después de completar el intercambio de plasma (plasma exchange, PE), 2) el paciente recibirá o recibió el medicamento solicitado con PE, 3) el medicamento solicitado se administrará en combinación con tratamiento inmunodepresor; Y 4) el paciente no recibirá el medicamento solicitado luego de los 30 días posteriores a la finalización del PE, a menos que el paciente haya documentado una aTTP persistente. Para la aTTP (continuación): 1) la solicitud es para ampliar el tratamiento después del curso inicial del medicamento solicitado (curso inicial: tratamiento con el medicamento solicitado durante el intercambio de plasma y 30 días después de este); 2) el paciente tiene signos documentados de aTTP subyacente persistente (por ejemplo: niveles de actividad de ADAMTS13 severamente reducidos [menos del 10 %]); 3) el medicamento solicitado se administrará en combinación con tratamiento inmunodepresor; Y 4) el paciente no recibió una ampliación previa del tratamiento de 28 días después del curso inicial del medicamento solicitado para este curso de tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 60 días, continuación: 28 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CABOMETYX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CABOMETYX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas; sarcoma de Ewing; osteosarcoma; tumor del estroma gastrointestinal; carcinoma endometrial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma de células renales: la enfermedad es avanzada o recidivante, o está en estadio IV (incluida la metástasis cerebral). Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) la enfermedad es positiva para el reordenamiento durante la transfección (rearranged during transfection, RET); Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica, o presenta rotura tumoral; Y 2) la enfermedad evolucionó después de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior. Para el cáncer de tiroides diferenciado (differentiated thyroid cancer, DTC) (folicular, papilar, oncocítico): 1) la enfermedad está localmente avanzada o es metastásica; Y 2) la enfermedad evolucionó después de un tratamiento dirigido al receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (vascular endothelial growth factor receptor, VEGFR); Y 3) el paciente es resistente al tratamiento con yodo radioactivo (radioactive iodine, RAI) o no es elegible para RAI. Para el carcinoma endometrial: 1) la enfermedad es recurrente; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CALCIPOTRIENE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CALCIPOTRIENO, CALCITRENO, ENSTILAR, SORILUX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la psoriasis: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CALQUENCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CALQUENCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Macroglobulinemia de Waldenstrom (linfoma linfoplasmacítico), linfoma de la zona marginal (incluido linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de sitios no gástricos, linfoma de la zona marginal ganglionar, linfoma esplénico de la zona marginal)                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 los sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de la enfermedad recidivante, resistente o progresiva. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CAMZYOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CAMZYOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para miocardiopatía hipertrófica obstructiva: 1) antes de iniciar el tratamiento, el paciente tiene una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (left ventricular ejection fraction, LVEF) del 55% o más; Y 2) el paciente tiene síntomas de clase II-III de la New York Heart Association (NYHA).                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CAPRELSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CAPRELSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CARBAGLU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CARBAGLU, ÁCIDO CARGLÚMICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la insuficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): El diagnóstico de insuficiencia de NAGS se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CAYSTON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CAYSTON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de los síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) La Pseudomonas aeruginosa está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por Pseudomonas aeruginosa en las vías respiratorias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CEQUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CEQUR SIMPLICITY 2U, CEQUR SIMPLICITY INSERTER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere manejo de la insulina; Y 2) actualmente el paciente se mide sus niveles de glucosa y recibirá asesoramiento sobre los niveles de glucosa que debe obtener en las pruebas autoadministradas, o el paciente está usando un monitor continuo de la glucosa; Y 3) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes requisitos: a) el paciente ha probado las inyecciones en bolo y no cumplió con los objetivos glucémicos o tuvo dificultades para administrar múltiples inyecciones de insulina todos los días; o b) el paciente no puede probar las inyecciones en bolo. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CERDELGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CERDELGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Gaucher de tipo 1 (GD1): 1) El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas; y 2) el estado del metabolizador de CYP2D6 del paciente se estableció mediante una prueba aprobada por la FDA; y 3) el paciente es un metabolizador extensivo, intermedio o insuficiente de CYP2D6. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CEREZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CEREZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Enfermedad de Gaucher de tipo 2, enfermedad de Gaucher de tipo 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Gaucher: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CLORDIAZEPÓXIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CLORCLORHIDRATO HCL, CLORHIDRATO DE CLORDIAZEPÓXIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para todas las indicaciones: la persona que extienda la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con el medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se está utilizando en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI) hasta que el SSRI/SNRI entre en vigencia para los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) o b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Alivio a corto plazo de la ansiedad/inquietud preoperatoria y ansiedad durante 1 mes; trastorno de ansiedad durante 4 meses; síndrome de abstinencia alcohol: año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CHOLBAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CHOLBAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para trastornos de la síntesis de ácidos biliares debido a enzimopatías únicas (single enzyme defects, SED) y tratamiento adyuvante de trastornos peroxisomales (peroxisomal disorder, PD): El diagnóstico se confirmó mediante espectrometría de masas u otras pruebas bioquímicas o genéticas. Para trastornos de la síntesis de ácidos biliares debido a SED y tratamiento adyuvante de PD, continuación del tratamiento: El paciente logró y mantuvo una mejora en la función hepática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CIBINQO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CIBINQO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la dermatitis atópica (atopic dermatitis, AD) (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CIMERLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CIMERLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CINRYZE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CINRYZE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la profilaxis de ataques agudos debido a angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (myoferlin, MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CLOBAZAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CLOBAZAM, ONFI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (Lennox-Gastaut syndrome, LGS): 2 años o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CLOMIPRAMINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ANAFRANIL, CLORHIDRATO DE CLOMIPRAMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Depresión, trastorno de pánico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de pánico: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para cualquiera de los siguientes: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI). Para la depresión: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para dos de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina o bupropión. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CLORAZEPATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CLORAZEPATE DIPOTASSIUM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para todas las indicaciones: La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Alivio a corto plazo de la ansiedad durante 1 mes; trastorno de ansiedad durante 4 meses; todos los demás diagnósticos: año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CLOZAPINE ODT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CLOZAPINE ODT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | COBENFY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | COBENFY, COBENFY STARTER PACK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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 insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | COLUMVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | COLUMVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | COMETRIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | COMETRIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), carcinomas tiroideos (foliculares, oncocíticos, papilares).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es positiva para el reordenamiento durante la transfección (RET).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | COPIKTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | COPIKTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma de linfocitos T hepatoesplénicos, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado con implantes mamarios, linfoma periférico de linfocitos T                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | En el caso de leucemia linfocítica crónica (chronic lymphocytic leukemia, CLL)/linfoma linfocítico de células pequeñas (small lymphocytic linfoma, SLL), linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado con implantes mamarios y linfoma periférico de linfocitos T: el paciente tiene enfermedad recidivante o resistente. Para el linfoma de linfocitos T hepatoesplénicos: el paciente tiene enfermedad resistente. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | COSENTYX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | COSENTYX, COSENTYX SENSOREADY PEN, COSENTYX UNOREADY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | <p>Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) se ve afectada al menos el 3 % de la superficie corporal (BSA) O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuero cabelludo, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Pyzchiva (ustekinumab-ttwe), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Sotyktu (deucravacitinib), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Yesintek (ustekinumab-kfce). Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente 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 absorción prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (inicio nuevo únicamente): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para los AINE. Para un adulto con artritis psoriásica (PsA) activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Pyzchiva (ustekinumab-ttwe), Rinvoq (upadacitinib)/Rinvoq LQ (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción prolongada), Yesintek (ustekinumab-kfce).</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | <p>Para la hidrosadenitis supurativa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | COTELLIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | COTELLIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., glioma, glioblastoma), tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, glioblastoma): 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante.                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CRENESSITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CRENESSITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hiperplasia suprarrenal congénita (congenital adrenal hyperplasia, CAH), inicial: 1) el paciente tiene un diagnóstico de CAH confirmado mediante cualquiera de los siguientes: a) pruebas genéticas para confirmar la presencia de mutaciones patogénicas en el gen CYP21A1, b) deficiencia de 21-hidroxilasa confirmada (p. ej., prueba de estimulación con la hormona adrenocorticotrópica [adrenocorticotropic hormone, ACTH], medición inicial de la concentración sérica de la 17-hidroxiprogesterona [17-OHP] mediante una cromatografía líquida acoplada a una espectrometría de masas); Y 2) el paciente está actualmente recibiendo terapia con glucocorticoides en dosis suprafisiológicas. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 4 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CRESEMBA                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CRESEMBA                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Candidiasis esofágica resistente al fluconazol en un paciente con VIH                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses. Candidiasis esofágica: 1 mes                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CRESEMBA INYECTABLE                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CRESEMBA                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado se utiliza por vía oral mediante administración por sonda nasogástrica (NG) o por vía intravenosa. Para la aspergilosis invasiva: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para el voriconazol.     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CRINONE                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CRINONE                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Profilaxis para el nacimiento prematuro en mujeres con cuello uterino corto                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Recetado para promover la fertilidad                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CROTAN                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CROTAN, PRURADIK                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para erradicar la sarna ( <i>Sarcoptes scabiei</i> ): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la crema de permetrina al 5 %. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CRYSVITA                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CRYSVITA                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CUTAQUIG                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CUTAQUIG                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CUVITRU                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CUVITRU                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CUVRIOR                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CUVRIOR                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CYRAMZA                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CYRAMZA                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Adenocarcinoma esofágico, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, adenocarcinoma apendicular, mesotelioma pleural, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer colorrectal y el adenocarcinoma apendicular: el paciente tiene enfermedad avanzada o metastásica. Para el NSCLC: el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CYSTADROPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CYSTADROPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la cistinosis: 1) El diagnóstico se confirmó por ALGUNA de las siguientes situaciones: a) la presencia de mayores concentraciones de cistina en los leucocitos; O b) pruebas genéticas; O c) demostración de cristales de cistina corneales mediante examen con lámpara de hendidura; Y 2) el paciente tiene una acumulación de cristales de cistina corneales. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CYSTAGON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CYSTAGON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la cistinosis nefropática: El diagnóstico se confirmó por ALGUNA de las siguientes situaciones: 1) la presencia de mayores concentraciones de cistina en los leucocitos; O 2) pruebas genéticas; O 3) demostración de cristales de cistina corneales mediante examen con lámpara de hendidura.                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | CYSTARAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CYSTARAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la cistinosis: 1) El diagnóstico se confirmó por ALGUNA de las siguientes situaciones: a) la presencia de mayores concentraciones de cistina en los leucocitos; O b) pruebas genéticas; O c) demostración de cristales de cistina corneales mediante examen con lámpara de hendidura; Y 2) el paciente tiene una acumulación de cristales de cistina corneales. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DALFAMPRIDINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AMPYRA, DALFAMPRIDINA ER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la esclerosis múltiple, el paciente debe cumplir con lo siguiente (para inicio nuevo): antes de iniciar el tratamiento, el paciente demuestra deterioro continuo de la marcha. Para la esclerosis múltiple (continuación): el paciente debe haber experimentado una mejora en la velocidad para caminar U otra medición objetiva de la capacidad para caminar desde que comenzó a tomar el medicamento solicitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DANZITEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DANZITEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia linfocítica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia, Ph+ ALL), sinovitis vellonodular pigmentada/tumor tenosinovial de células gigantes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos 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; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DARAPRIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PYRIMETHAMINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Profilaxis de toxoplasmosis, profilaxis de neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> , tratamiento de cistosisporiasis y profilaxis secundaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la profilaxis primaria de toxoplasmosis y la profilaxis de neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> ( <i>Pneumocystis jirovecii</i> pneumonia, PCP): 1) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX); Y 2) el paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 3 meses. Para la profilaxis secundaria de toxoplasmosis: El paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses. Para el tratamiento de la cistosisporiasis: El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para TMP-SMX. Para la profilaxis secundaria de cistosisporiasis: 1) El paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para TMP-SMX; Y 2) el paciente tuvo un recuento de células CD4 de menos de 200 células por milímetro cúbico en los últimos 6 meses. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Tratamiento para la toxoplasmosis congénita: Año del plan. Tratamiento para la toxoplasmosis adquirida, profilaxis primaria de toxoplasmosis, profilaxis para neumonía por PCP: 3 meses. Profilaxis secundaria para toxoplasmosis, tratamiento/profilaxis para cistosisporiasis: 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DARZALEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DARZALEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente, leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DARZALEX FASPRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DARZALEX FASPRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DATROWAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DATROWAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DAURISMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DAURISMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento/consolidación posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento previo con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML), la AML recidivante/resistente como componente de la repetición del régimen inicial de inducción exitoso                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el medicamento solicitado debe usarse en combinación con citarabina; 2) el paciente tiene 75 años 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 posterior a la inducción/de consolidación o enfermedad recidivante o resistente. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DAYBUE                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DAYBUE                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DEFERASIROX                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DEFERASIROX, EXJADE, JADENU, JADENU SPRINKLE                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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.                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DEFEROXAMINE                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MESILATO DE DEFEROXAMINA, DEFEROXAMINA                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Toxicidad de aluminio en pacientes que se someten a diálisis                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la sobrecarga crónica de hierro: el nivel de ferritina sérica previo al tratamiento es superior a 1000 mcg/l.                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo. |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DEMSER                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DEMSER, METIROSINA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un antagonista alfa-adrenérgico.                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DEXMETHYLPHENIDATE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HCL ER, DEXMETHYLPHENIDATE HYDROC, FOCALIN, FOCALIN XR                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Fatiga relacionada con el cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | 1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con 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 la fatiga. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DHE NASAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Se denegará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano.                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DIACOMIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DIACOMIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 meses de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DIAZEPAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL, VALIUM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para todas las indicaciones: La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión). Para el manejo de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Alivio a corto plazo de la ansiedad: 1 mes; espasmo muscular esquelético: 3 meses; trastornos de ansiedad: 4 meses; otros diagnósticos: año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 5 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DIBENZYLINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DIBENCILINA, HIDROCLORURO DE FENOXIBENZAMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un bloqueador selectivo del receptor adrenérgico alfa-1 (p. ej.: doxazosina).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DICLOFENAC 3 % GEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DICLOFENAC SÓDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes: A) Crema de imiquimod al 5%; B) crema o solución de fluorouracilo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DOJOLVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DOJOLVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para trastornos de oxidación de ácidos grasos de cadena larga (long-chain fatty acid oxidation disorders, LC-FAOD): Se cumplen al menos dos de los siguientes criterios de diagnóstico: a) elevación de la acilcarnitina específica de la enfermedad (p. ej., C16 o C18:1 por insuficiencia de CPT2, C16-OH o C18 y otras acilcarnitinas por insuficiencia de LCHAD y TFP, C14:1 u otras acilcarnitinas de cadena larga por insuficiencia de VLCAD) en una gota de sangre o en plasma del recién nacido; b) baja actividad enzimática en fibroblastos cultivados; c) una o más mutaciones patógenas conocidas (p. ej., CPT1A, SLC25A20, CPT2, ACADVL, HADHA, HADHB). Para LC-FAOD, continuación del tratamiento: El paciente experimenta beneficios producto del tratamiento (p. ej., mejora en los síntomas musculares o la tolerancia al ejercicio). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DOPTLET                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DOPTLET                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 inmunitaria (immune thrombocytopenia, ITP) crónica (de inicio nuevo): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas; Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad ulcerosa péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado: 1) El recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl, y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Enfermedad hepática crónica: 1 mes, ITP inicial: 6 meses, ITP continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DRIZALMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DRIZALMA SPRINKLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Dolor oncológico, dolor neuropático inducido por la quimioterapia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | 1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetina; O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetina por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar cápsulas, requiere administración mediante sonda nasogástrica).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Trastorno de ansiedad generalizado: 7 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DUOBRII                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DUOBRII                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la psoriasis en placas: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide tópico. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | DUPIXENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DUPIXENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | <p>Para la dermatitis atópica (atopic dermatitis, AD), tratamiento inicial: 1) El paciente tiene una enfermedad de moderada a grave; Y 2) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O los corticoesteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son aconsejables para el paciente. Para la AD, continuación del tratamiento: el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el asma dependiente de corticoesteroide oral, tratamiento inicial: El paciente tiene un control insuficiente del asma a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: 1) corticoesteroide inhalado de dosis alta Y 2) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada [long acting beta2-agonist, LABA], antagonista muscarínico de acción prolongada [long-acting muscarinic antagonist, LAMA], modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. 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 sigue estando mal controlada a pesar del tratamiento actual con ambos de los siguientes medicamentos: 1) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta Y 2) control adicional (es decir, LABA, LAMA, modificador de leucotrieno o teofilina de absorción sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una contraindicación a dichos tratamientos. Para el asma, continuación del tratamiento: el control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral. Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (chronic rhinosinusitis with nasal polyposis, CRSwNP): O1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) para pacientes de 18 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con Xhance (fluticasona).</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | <p>Dermatitis atópica: 6 meses de edad o más, asma: 6 años de edad o más, rinosinusitis crónica con poliposis nasal: 12 años de edad o más, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y prurigo nodular: 18 años de edad o más, esofagitis eosinofílica: 1 año de edad o más, urticaria crónica espontánea (UCE): 12 años de edad o más</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | <p>Dermatitis atópica, inicial: 4 meses, poliposis nasal, inicial: 6 meses, urticaria crónica espontánea, inicial: 6 meses, todos los demás: Año del plan</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | <p>Para la esofagitis eosinofílica (EoE), tratamiento inicial: 1) El diagnóstico se confirmó mediante biopsia esofágica caracterizada por 15 eosinófilos esofágicos intraepiteliales o más por campo de alta potencia; Y 2) el paciente exhibe manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia); Y 3) el paciente pesa al menos 15 kilogramos; Y 4) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

tiene una contraindicación a un corticoesteroide tópico. Para la EoE, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el prurigo nodular (PN), continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tratamiento inicial: 1) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) actualmente está recibiendo terapia triple inhalada estándar (es decir, glucocorticoides inhalados, LAMA y LABA) o b) actualmente está recibiendo LAMA y LABA, y tiene una contraindicación para glucocorticoides inhalados; Y 2) el paciente tiene un recuento absoluto de eosinófilos en sangre de al menos 300 células por microlitro antes de iniciar el tratamiento. Para EPOC, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la urticaria crónica espontánea (UCE), terapia inicial: 1) El paciente ha sido evaluado por otras causas de urticaria, incluidos el angioedema relacionado con la bradicinina y los síndromes urticariales asociados a la interleucina 1 (IL-1) (p. ej., trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial); 2) el paciente ha experimentado una aparición espontánea de ronchas, angioedema, o ambos, durante al menos 6 semanas; Y 3) el paciente sigue siendo sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1. Para UCE, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado un beneficio (p. ej., mejoría en los síntomas) desde el inicio de la terapia.

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**  
**Indicador de indicación de PA**  
**Usos no aprobados**  
**Criterios de exclusión**  
**Información médica requerida**

DUVYZAT  
DUVYZAT  
Todas las indicaciones aprobadas por la FDA  
-  
-  
Para el tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne (DMD): El diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que identificaron una mutación del gen DMD que causa la enfermedad.  
6 años de edad o más

**Restricciones de edad**  
**Restricciones de la persona que receta**  
**Duración de la cobertura**  
**Otros criterios**

-  
Año del plan  
-

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**  
**Indicador de indicación de PA**

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

**Usos no aprobados**  
**Criterios de exclusión**  
**Información médica requerida**  
**Restricciones de edad**  
**Restricciones de la persona que receta**

Blefaroespasma  
Uso cosmético  
-  
-  
-

**Duración de la cobertura**  
**Otros criterios**

Año del plan  
-

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EBGLYSS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EBGLYSS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la dermatitis atópica, tratamiento inicial: 1) el paciente tiene una enfermedad de moderada a grave; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina; O los corticoesteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son aconsejables para el paciente. Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EGRIFTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EGRIFTA SV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Usado para bajar de peso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para pacientes con lipodistrofia infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El paciente recibe tratamiento con antirretrovíricos. Para pacientes que recibieron al menos 6 meses del medicamento solicitado: El paciente demostró una clara mejora clínica con respecto al inicio que está respaldada por una medición de la circunferencia de la cintura o una tomografía computarizada (computed tomography, CT).                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o endocrinólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ELAHERE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ELAHERE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ELAPRASE                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ELAPRASE                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para mucopolisacaridosis de tipo 2 (MPS 2): El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima iduronato 2-sulfatasa (IDS) o mediante pruebas genéticas.                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 16 meses de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ELELYSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ELELYSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Gaucher de tipo 1: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ELFABRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ELFABRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de enfermedad de Fabry se confirmó mediante un análisis enzimático que manifiesta una insuficiencia de la actividad enzimática de alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas; O 2) el paciente es un portador sintomático estricto. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ELIGARD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ELIGARD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tumores recurrentes de las glándulas salivales con receptor de andrógenos positivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EMGALITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EMGALITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y experimentó menos días con migraña al mes con respecto al inicio. Para la cefalea ocasional en brotes, inicial: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un agonista del receptor 5-HT1 triptano. Para cefalea ocasional en brotes, continuación: El paciente recibió el medicamento solicitado durante al menos 3 semanas de tratamiento y tuvo una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea ocasional en brotes semanales con respecto al inicio. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EMPAVELI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EMPAVELI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH) (inicial): 1) el diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación del tratamiento): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | PNH inicial: 6 meses; PNH continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EMPLICITI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EMPLICITI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para mieloma múltiple: El paciente debe haber recibido al menos un tratamiento previo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EMSAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EMSAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), mirtazapina o bupropión; O 2) el paciente no puede tomar formulaciones por vía oral.                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ENDARI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ENDARI, L-GLUTAMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 5 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ENHERTU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ENHERTU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular), adenocarcinoma esofágico positivo para HER2 recurrente, localmente avanzado o metastásico, adenocarcinoma de unión gástrica o esofagogástrica positivo para HER2 recurrente, metástasis cerebral en pacientes con cáncer de mama positivo para HER2, tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ENJAYMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ENJAYMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad por crioaglutinina (continuación): el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, marcadores de hemólisis [p. ej., bilirrubina, haptoglobina, lactato deshidrogenasa (LDH), recuento de reticulocitos] y una reducción en las transfusiones de sangre).                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ENSPRYNG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ENSPRYNG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento.                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ENTADFI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ENTADFI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hiperplasia prostática benigna (benign prostatic hyperplasia, BPH) en un paciente con agrandamiento de la próstata: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al tratamiento combinado con un alfabloqueador y finasterida de la lista de medicamentos; Y 2) el paciente aún no recibió 26 semanas de tratamiento con el medicamento solicitado. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 26 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EOHILIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EOHILIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para esofagitis eosinofílica (EoE): 1) El diagnóstico se confirmó mediante biopsia esofágica caracterizada por 15 eosinófilos esofágicos intraepiteliales o más por campo de alta potencia; Y 2) el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (por ejemplo, disfagia).                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 11 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un gastroenterólogo, alergista o inmunólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EPCLUSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EPCLUSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el virus de la hepatitis C (VHC): infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de infección conjunta por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda, estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infecciosas (American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America, AASLD-IDSA). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EPIDIOLEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EPIDIOLEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 año de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EPKINLY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EPKINLY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EPRONTIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EPRONTIA, TOPIRAMATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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 experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a los productos de topiramato de absorción lenta; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento adyuvante de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) si el paciente tiene 6 años o más, el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. Para el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a los productos de topiramato de absorción lenta; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EPSOLAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EPSOLAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EPYSQLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EPYSQLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (glycosylphosphatidylinositol-anchored proteins, GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución 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 (atypical hemolytic uremic syndrome, aHUS), inicial: la enfermedad no es causada por la Escherichia coli productora de la toxina Shiga. Para el aHUS (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución 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]). Para la miastenia grave generalizada (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva a la terapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ERGOTAMINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ERGOMAR, ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Se denegará la cobertura cuando se use junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista del 5-HT1 triptano.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ERIVEDGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ERIVEDGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Meduloblastoma en adultos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el meduloblastoma en adultos: el paciente recibió tratamiento sistémico previo Y tiene tumores con mutaciones en la vía de señalización Sonic Hedgehog.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ERLEADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ERLEADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ERLOTINIB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ERLOTINIB HYDROCHLORIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (renal cell carcinoma, RCC) recidivante o en estadio IV, metástasis cerebral de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), cáncer de páncreas recurrente                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) (incluida la metástasis cerebral producto del NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante. Para el cáncer de páncreas: la enfermedad es localmente avanzada, irresecable, recurrente o metastásica. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ESBRIET                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PIRFENIDONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo de inicio nuevo): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP); O 2) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado que no es el patrón UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP), y el diagnóstico está respaldado por una biopsia pulmonar o por un análisis multidisciplinario entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se realizó una biopsia pulmonar. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ETANERCEPT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Hidradenitis supurativa, espondiloartritis axial no radiográfica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 % 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 methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) está contraindicado el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, 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 se ve afectada o están afectadas áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas]). Para la hidradenitis supurativa (solo de inicio nuevo): el paciente tiene enfermedad grave resistente. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EVENITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EVENITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Pacientes que tuvieron un infarto de miocardio o accidente cerebrovascular dentro del año anterior.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la osteoporosis posmenopáusica, el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por debilidad O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) previa al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) Indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, debilidad, terapia con glucocorticoides, calificaciones T muy bajas o un mayor riesgo de caídas), o b) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta, o c) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Total de por vida de 12 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (FRAX) si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20% para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3% para fractura de cadera. La estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a prednisona) por día.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EVEROLIMUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AFINITOR DISPERZ, EVEROLIMÚS, TORPENZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico previamente tratado, sarcoma de tejidos blandos (tumores de células epiteliales perivasculares [perivascular epithelioid cell tumor, PEComa] y linfangioliomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados, carcinoma tiroideo (papilar, oncocítico, y folicular), carcinoma endometrial, sarcoma uterino, cáncer de mama (en combinación con fulvestrant o tamoxifen), neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans), meningiomas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recidivante, inoperable, avanzada, positiva para el receptor hormonal (HR) metastásico, negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), Y 2) el medicamento solicitado se receta en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen Y 3) el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: la enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV. Para el astrocitoma subependimario de células gigantes (subependymal giant cell astrocytoma, SEGA): el medicamento solicitado se administra como tratamiento adyuvante. Para el tumor del estroma gastrointestinal: 1) la enfermedad es residual, recidivante, irresecable o metastásica, o presenta rotura tumoral; Y 2) la enfermedad evolucionó después de haber implementado al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD), la enfermedad de Rosai-Dorfman y la histiocitosis de células de Langerhans (LCH): el paciente debe tener una mutación de subunidad catalítica alfa de fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-cinasa (PIK3CA). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EVKEEZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EVKEEZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | <p>Para el inicio de la terapia (tx) para tratar la hipercolesterolemia familiar homocigótica (homozygous familial hypercholesterolemia, HoFH), el paciente (pt) debe cumplir con TODOS los siguientes requisitos: A) Diagnóstico de HoFH confirmado por uno de los siguientes: 1) Pruebas genéticas para confirmar dos alelos mutantes en el receptor de lipoproteínas de baja densidad (low-density lipoprotein receptor, LDLR), apolipoproteína B (ApoB), proproteína convertasa subtilisina/kexina de tipo 9 (PCSK9) o locus del gen de la proteína adaptadora 1 del receptor de lipoproteína de baja densidad (low-density lipoprotein receptor adaptor protein 1, LDLRAP1); O 2) antecedentes de niveles de colesterol de lipoproteína de baja densidad (low-density lipoprotein-cholesterol, LDL-C) no tratados superiores a 400 mg/dl y cualquiera de los siguientes: a) presencia de xantomas cutáneos o tendinosos antes de los 10 años; o b) un nivel de LDL-C no tratado superior o igual a 190 mg/dl en ambos progenitores, que concuerda con la hipercolesterolemia familiar heterocigótica (heterozygous familial hypercholesterolemia, HeFH); Y B) si el paciente tiene 7 años o más antes del inicio del tratamiento, recibe 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 (Food and Drug Administration, FDA), a menos que el paciente sea intolerante a las estatinas o tenga una contraindicación al tratamiento con estatinas; Y C) si el paciente tiene 10 años o más antes del inicio del tratamiento, recibe actualmente tratamiento con un medicamento dirigido con 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 con PCSK9; Y D) antes de iniciar el tratamiento, el paciente experimenta/experimentaba una respuesta insuficiente a un tratamiento de disminución de lípidos según lo indicado por una LDL-C tratado superior a 100 mg/dl (o superior a 70 mg/dl con enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica); Y E) el paciente seguirá recibiendo un tratamiento de reducción de lípidos concomitante. Para la renovación del tratamiento para tratar la HoFH: A) El paciente cumple con todos los criterios iniciales; Y B) respondió al tratamiento según lo demostrado por una reducción en la LDL-C con respecto al valor inicial; Y C) recibe un tratamiento de reducción de lípidos concomitante.</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 5 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EVRYSDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EVRYSDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento inicial de atrofia muscular espinal (AME), el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene AME de tipo 1, tipo 2 o tipo 3; Y 2) el paciente no depende de la ventilación permanente. Para la continuación del tratamiento de AME, el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene AME de tipo 1, tipo 2 o tipo 3; Y 2) experimentó una mejora funcional significativa o mejoró su función muscular. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un médico que se especializa en atrofia muscular espinal, o en consulta con este.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EYLEA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EYLEA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | EYLEA HD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EYLEA HD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FABHALTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FABHALTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH) (inicial): 1) el diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento. Para la reducción de la proteinuria en pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgAN) con riesgo de evolución rápida de la enfermedad: 1) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (renin-angiotensin system, RAS) (p. ej., un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina [angiotensin-converting enzyme, ACE] o un bloqueador del receptor de la angiotensina [angiotensin-receptor blocker, ARB]); O 2) el paciente experimentó una intolerancia o tiene una contraindicación a los inhibidores del RAS. Para la glomerulopatía del complemento 3 (C3G): 1) Para el diagnóstico inicial, el diagnóstico de C3G se confirma mediante biopsia renal Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: A) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (renin-angiotensin system, RAS) (p. ej., un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina [angiotensin-converting enzyme, ACE] o un bloqueador del receptor de la angiotensina [angiotensin-receptor blocker, ARB]); O B) el paciente experimentó una intolerancia o tiene una contraindicación a los inhibidores del RAS. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | PNH inicial: 6 meses; PNH continuación: Año del plan, otras indicaciones: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FABIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FABIOR, TAZAROTENO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FABRAZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FABRAZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) el diagnóstico de 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 sintomático obligado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FANAPT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FANAPT, FANAPT TITRATION PACK A, FANAPT TITRATION PACK C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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 insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados al trastorno bipolar I: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FASENRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FASENRA, FASENRA PEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para asma grave, tratamiento inicial: 1) O a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de al menos 150 células por microlitro; O b) depende de corticoesteroides sistémicos; Y 2) tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los medicamentos siguientes: a) corticoesteroide inhalado de dosis media a alta; Y b) control adicional (es decir, agonistas beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente tenga intolerancia o una contraindicación a dichos tratamientos. Para asma grave, continuación del tratamiento: el control del asma ha mejorado con el tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o gravedad de los síntomas y las exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de mantenimiento oral. Para la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, EGPA), tratamiento inicial: el paciente tiene antecedentes o la presencia de un recuento de eosinófilos de más de 1000 células por microlitro o un nivel de eosinófilos en sangre de más del 10 %. Para la EGPA, continuación del tratamiento: el paciente tiene una respuesta beneficiosa al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra cualquiera de los siguientes: 1) una reducción en la frecuencia de recaídas, 2) una reducción en la dosis diaria de corticoesteroide oral, O 3) ausencia de vasculitis activa. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Asma: 6 años de edad o más, EGPA: 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FEBUXOSTAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FEBUXOSTAT, ULORIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FEMLYV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FEMLYV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | 1) La paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un ensayo anterior de un anticonceptivo oral O 2) La paciente no puede tragar formas de dosis orales sólidas (p. ej., comprimidos o cápsulas).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FENSOLVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FENSOLVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP): los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) el diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin releasing hormone, GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (HL) de tercera generación; Y 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP; Y 3) la aparición de características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años de edad para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad para los pacientes de sexo masculino. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FENTANYL PATCH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FENTANYL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia drepanocítica, una afección terminal o el dolor que se maneja mediante cuidados paliativos; O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se receta para el dolor intenso y lo suficientemente persistente como para requerir un período de tratamiento extendido con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide; Y 2) el paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada en función de sus antecedentes de uso de opioides (Nota: Este medicamento debe recetarse solo por profesionales de atención médica que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el manejo del dolor crónico); Y 3) el paciente fue evaluado y se lo controlará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para continuar el tratamiento en un paciente que ha estado recibiendo un opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días, O el paciente tomó un opioide de absorción lenta durante al menos una semana. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FERRIPROX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DEFERIPRONA, FERRIPROX, FERRIPROX DOS VECES AL DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | La sobrecarga de hierro transfusional del paciente no se debe al síndrome mielodisplásico ni a la anemia de Diamond-Blackfan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FETZIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapina o bupropión.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FILSPARI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FILSPARI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (immunoglobulin A nephropathy, IgAN) con riesgo de evolución rápida de la enfermedad: 1) El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (renin-angiotensin system, RAS) (p. ej., un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina [angiotensin-converting enzyme, ACE] o un bloqueador del receptor de la angiotensina [angiotensin-receptor blocker, ARB]); O 2) el paciente experimentó una intolerancia o tiene una contraindicación a los inhibidores del RAS. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FINACEA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FINACEA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FINTEPLA                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FINTEPLA                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                           |

|                                               |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FIRDAPSE                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FIRDAPSE                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Antecedentes de convulsiones                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                           |

|                                               |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FIRMAGON                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FIRMAGON                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FLEQSUVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BACLOFENO, FLEQSUVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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).                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FLUCYTOSINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ANCOBON, FLUCIATOSINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FOLOTYN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FOLOTYN, PRALATREXATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Micosis fungoide, síndrome de Sézary, leucemia/linfoma de células T adultas (ATTL), linfoma de linfocitos T citolíticos naturales (NK) extranodal, linfoma de células T hepatoesplénicas, linfoma de células grandes anaplásicas cutáneas, tratamiento de intención paliativa inicial para el linfoma de células T periféricas, linfoma de células grandes anaplásicas (BIA-ALCL) asociado con los implantes mamarios. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FORM ALT PA ANALGESICS                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PERCOCET                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o una intolerancia a otro producto de la lista de medicamentos.                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FORM ALT PA METFORMINA                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CLORHIDRATO DE METFORMINA                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó intolerancia, causada por un ingrediente inactivo, a otro producto de la lista de medicamentos, como la metformina de absorción rápida; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**  
**Indicador de indicación de PA**  
**Usos no aprobados**  
**Criterios de exclusión**  
**Información médica requerida**

FORTEO  
 FORTEO, TERIPARATIDA  
 Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-  
 -  
 Para la osteoporosis posmenopáusica: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por debilidad O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) previa al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, debilidad, terapia con glucocorticoides, calificaciones T muy bajas o un mayor riesgo de caídas), O b) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta O c) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previo al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta O b) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. 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 con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por debilidad, O 2) la puntuación T previa al tratamiento es inferior o igual a -2.5, O 3) la puntuación T previa al tratamiento es superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previa al tratamiento.

**Restricciones de edad**  
**Restricciones de la persona que receta**  
**Duración de la cobertura**  
**Otros criterios**

-  
 -  
 Inicial: 24 meses, continuación: Año del plan  
 Continuación del tratamiento: Si el paciente recibió 24 meses o más de tratamiento con cualquier hormona paratiroidea análogica: 1) el paciente sigue o volvió a tener un alto riesgo de fractura; Y 2) el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3 % para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a la prednisona) por día, la estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera.

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FOTIVDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FOTIVDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad es avanzada, recidivante, resistente o en estadio IV; Y 2) el paciente recibió dos o más tratamientos sistémicos previos.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FRUZAQLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FRUZAQLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FULPHILA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FULPHILA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: el paciente debe cumplir con ambos criterios: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide Y 2) el paciente recibe actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FYARRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FYARRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Sarcoma uterino recurrente o inoperable con histología de tumor perivascular de células epiteliales (perivascular epithelioid cell tumor, PEComa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | FYCOMPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FYCOMPA, PERAMPANEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento adyuvante de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 4 años o más.<br>Convulsiones primarias tónico-clónicas generalizadas; 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GALAFOLD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GALAFOLD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GATTEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GATTEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento inicial del síndrome del intestino corto (short bowel syndrome, SBS): 1) en el caso de pacientes adultos, el paciente ha dependido del apoyo parenteral durante al menos 12 meses; O 2) en el caso de pacientes pediátricos, el paciente depende del apoyo parenteral. Para el SBS, continuación: el requisito de apoyo parenteral disminuyó con respecto al valor inicial mientras estaba en tratamiento con el medicamento solicitado. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un gastroenterólogo, cirujano gastrointestinal o especialista en apoyo nutricional, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GAVRETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GAVRETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas positivo para el reordenamiento recurrente del gen RET, carcinoma medular positivo para la mutación del gen RET                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todos estos requisitos: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el tumor es positivo para fusión RET o positivo para reordenamiento RET.                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años o más; cáncer de tiroides: 12 años o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GAZYVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GAZYVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma extraganglionar de la zona marginal del estómago, linfoma extraganglionar de la zona marginal de las zonas no gástricas (no cutáneas), linfoma de la zona marginal ganglionar, linfoma esplénico de la zona marginal, transformación histológica de los linfomas indolentes para linfoma de células B grandes, linfoma de células del manto, linfoma de células B grandes, linfomas de células B de alto grado, linfoma de Burkitt, linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante, enfermedad de Castleman, tricoleucemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para todos los diagnósticos: la enfermedad es positiva a CD20. Para el linfoma de la zona extraganglionar marginal del estómago, linfoma extraganglionar marginal de las zonas no gástricas (no cutáneas), linfoma de la zona marginal ganglionar: el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes entornos: 1) tratamiento de segunda línea o posterior; o 2) tratamiento de mantenimiento; o 3) un sustituto del rituximab en un paciente que experimentó intolerancia o complicaciones poco frecuentes (p. ej., reacción mucocutánea) al rituximab; o 4) tratamiento de primera línea (solo para la indicación del linfoma de la zona marginal ganglionar). Para la transformación histológica de los linfomas indolentes para difundir los linfomas de linfocitos B grandes; linfoma de células del manto; linfoma difuso de linfocitos B grandes; linfomas de linfocitos B de alto grado; linfoma de Burkitt; linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante; y enfermedad de Castleman: el paciente experimentó intolerancia o complicaciones poco frecuentes (p. ej., reacción mucocutánea) al rituximab. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GILENYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CLORHIDRATO DE FINGOLIMOD, GILENYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GILOTRIF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GILOTRIF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC), el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante Y a) ha experimentado un evento adverso intolerable o una contraindicación a erlotinib, gefitinib u osimertinib, O 2) tiene NSCLC epidermoide metastásico que progresó después de la quimioterapia basada en platino. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GIMOTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GIMOTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | 1) El paciente no usará metoclopramida durante más de 12 semanas consecutivas de tratamiento; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la metoclopramida por vía oral O no puede tomar metoclopramida por vía oral.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GIVLAARI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GIVLAARI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GLATIRAMER                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | COPAXONE, GLATIRAMER ACETATE, GLATOPA                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GOCOVRI                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GOCOVRI                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GOMEKLI                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GOMEKLI                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GONADOTROPINA                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GONADOTROPINA CORIÓNICA, NOVAREL, PREGNILO CON BENCILO DILUIDO |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Inducción de la ovulación                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GRALISE                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GABAPENTINA UNA VEZ AL DÍA, GRALISE                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la neuralgia posherpética: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la gabapentina de absorción rápida.                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GRASTEK                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GRASTEK                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica. |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | De los 5 a los 65 años                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | GROWTH HORMONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GENOTROPIN, GENOTROPIN MINIQICK, HUMATROPE, NORDITROPIN FLEXPOR, NUTROPIN AQ NUSPIN 10, NUTROPIN AQ NUSPIN 20, NUTROPIN AQ NUSPIN 5, OMNITROPE, ZOMACTON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Pacientes pediátricos con epífisis cerradas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: El paciente (pt) es un recién nacido o se le diagnosticó GHD cuando era recién nacido O cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) es menor de 2.5 años con altura (ht) previa al tratamiento (pre-tx) más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media y la velocidad de crecimiento lenta O 2) 2.5 años o más Y uno de los siguientes: a) velocidad de ht de 1 año pre-tx más de 2 SD por debajo de la media O b) ht pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media y velocidad de ht de 1 SD por debajo de la media, Y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento fallidas (pico inferior a 10 ng/ml), O 2) trastorno de la hipófisis/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-tx más de 2 SD por debajo de la media. Síndrome de Turner (Turner syndrome, TS): 1) confirmado mediante cariotipado; Y 2) la estatura previa al tratamiento es inferior al percentil 5 para la edad. Pequeño para la edad gestacional (small for gestational age, SGA): 1) peso al nacer (wt) inferior a 2500 g en edad gestacional (ED) superior a 37 semanas, O peso al nacer o longitud por debajo del percentil 3 para la ED o al menos 2 SD por debajo de la media para la ED; Y 2) no manifestó crecimiento acelerado antes de los 2 años. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | SGA: 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo, nefrólogo, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional o genetista, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | GHD en adultos: el paciente cumple con cualquiera de los siguientes requisitos: 1) fracaso de 2 pruebas de estimulación de la GH previas al tratamiento; O 2) IGF-1 previo al tratamiento de más de 2 SD por debajo de la media Y fracaso de 1 prueba de estimulación de la GH previa al tratamiento; O 3) enfermedad hipotalámica-hipofisiaria orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más insuficiencias hormonales hipofisarias Y IGF-1 previo al tratamiento de más de 2 SD por debajo de la media; O 4) anomalías hipotalámicas-hipofisarias genéticas o estructurales; O 5) GHD de inicio en la infancia con anomalías congénitas (genéticas o estructurales) del hipotálamo/hipófisis/SNC. Para la GHD pediátrica, el ST, SGA y la GHD en adultos, continuación del tratamiento: el paciente experimenta una mejora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HAEGARDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HAEGARDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la profilaxis de ataques agudos debido a angioedema hereditario (hereditary angioedema, HAE): 1) el paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio O 2) el paciente tiene HAE con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mutación del gen de la mioferlina (myoferlin, MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HARVONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HARVONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el virus de la hepatitis C (VHC): infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de infección conjunta por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda, estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infecciosas (American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America, AASLD-IDSA). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Los criterios se aplican de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA. Recordatorio para la opción de 8 semanas si corresponde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HEMADY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HEMADY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HERCEPTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HERCEPTIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HERCEPTIN HYLECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HERCEPTIN HYLECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama irresecable, recurrente o avanzado positivo para HER2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HERZUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HERZUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HETLIOZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HETLIOZ, TASIMELTEON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno por ciclo de sueño y vigilia diferente de 24 horas: 1) para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente debe cumplir con lo siguiente: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas que no funcionan); y b) no poder percibir luz en ninguno de los ojos; Y 2) si actualmente recibe tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir con al menos uno de los siguientes: a) aumento del sueño nocturno total; o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SSM): 1) para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SSM; Y 2) si actualmente recibe tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una mejora en la calidad del sueño desde que comenzó el tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Diferente de 24 horas: 18 años o más; SSM: 16 años o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicio: 6 meses, renovación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HETLIOZ LQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HETLIOZ LQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SSM): 1) para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SSM; Y 2) si actualmente recibe tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente experimentó una mejora en la calidad del sueño desde que comenzó el tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | De los 3 a los 15 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en trastornos del sueño, un neurólogo o un psiquiatra, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicio: 6 meses, renovación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KETOROLAC TROMETHAMINE, METHYLDOPA, PERPHENAZINE/AMITRIPTYLIN, PROMETHAZINE HYDROCHLORID                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HIZENTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HIZENTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HORIZANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HORIZANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el síndrome de piernas inquietas: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para pramipexol O ropinirol de absorción rápida. Para la neuralgia posherpética: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la gabapentina de absorción rápida. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-ANTICONVULSANTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PHENOBARBITAL, PHENOBARBITAL SODIUM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Epilepsia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | Este requisito de autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-ANTIPARKINSON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BENZTROPINE MESYLATE, TRIHEXYPHENIDYL HCL, TRIHEXYPHENIDYL HYDROCHLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. EPS (síntomas extrapiramidales): 1) el paciente no probó el medicamento alternativo amantadina que no es HRM; Y 2) tiene una contraindicación al medicamento alternativo amantadina que no es HRM; O 3) probó el medicamento alternativo amantadina que no es HRM; Y 4) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo amantadina que no es HRM. Parkinson: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-CARBINOXAMINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MALEATO DE CARBINOXAMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-CLEMASTINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FUMARATO DE CLEMASTINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-CYPROHEPTADINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CYPROHEPTADINE HCL, CYPROHEPTADINE HYDROCHLOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Prurito, espasticidad debido a una lesión de la médula espinal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-DIPYRIDAMOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DIPYRIDAMOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-GUANFACINE ER                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CLORHIDRATO DE GUANFACINA, INTUNIV                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-GUANFACINE IR                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GUANFACINE HYDROCHLORIDE                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-HYDROXYZINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE, HYDROXYZINE PAMOATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la ansiedad: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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 probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) Si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicitlomina, ciclobenzaprina) con el medicamento solicitado, la persona que emite la receta determinó que tomar múltiples medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente (Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-HYDROXYZINE INJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para el síndrome de abstinencia de alcohol: 1) el paciente no probó uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam; Y 2) tiene una contraindicación a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam; O 3) probó uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam; Y 4) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: clorazepato o lorazepam. Para la ansiedad: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; O 3) no probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) tiene ansiedad aguda. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-HYPNOTICS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | AMBIEN, AMBIEN CR, EDLUAR, ESZOPICLONE, LUNESTA, ZALEPLON, ZOLPIDEM TARTRATE, ZOLPIDEM TARTRATE ER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el insomnio: 1) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) tiene una contraindicación al medicamento alternativo que no es de alto riesgo (non-High Risk Medication, HRM), doxepina (3 mg o 6 mg); O b) se probó el medicamento alternativo doxepina que no es HRM (3 mg o 6 mg) Y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo doxepina que no es HRM (3 mg o 6 mg); Y 2) la persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente; Y 3) si el paciente usa dos o más medicamentos activos del sistema nervioso central (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar varios medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es médicamente necesario para el paciente (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). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). Se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-METOSCOPOLAMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BROMURO DE METOSCOPOLAMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-PROMETHAZINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FENERGAN, PROMETAZINA HCL, CLORHIDRATO DE PROMETAZINA, PROMETHEGAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para la rinitis: 1) el paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolida nasal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-SCOPOLAMINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SCOPOLAMINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Salivación excesiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HRM-SKELETAL MUSCLE RELAXANTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CARISOPRODOL, CLORHIDRATO DE CICLOBENZAPRINA, METAXALONA, METOCARBAMOL, SOMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | 1) La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente usa uno o más anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicitlomina, hidroxicina) con el medicamento solicitado, la persona que receta determinó que tomar múltiples anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente (Nota: El uso de varios medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o usarlo con precaución o supervisión). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HUMIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HUMIRA, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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, cuero cabelludo, 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]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | Para la uveítis no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis (solo de inicio nuevo): 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide; O 2) tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HYFTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HYFTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | BENZODIAZEPINAS HIPNÓTICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ESTAZOLAM, HALCION, TRIAZOLAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) la persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión); Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | HYQVIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | HYQVIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IBRANCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IBRANCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Liposarcoma bien diferenciado/desdiferenciado irresecable del retroperitoneo; cáncer de mama recidivante positivo para receptor hormonal y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; Y 2) la paciente tiene una enfermedad positiva para receptor hormonal (RH) y negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); Y 3) la paciente cumple con UNO de los siguientes criterios: a) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant; Y la paciente experimentó un evento adverso intolerable a Kisqali (ribociclib) O Verzenio (abemaciclib), o tiene una contraindicación a Kisqali (ribociclib) Y Verzenio (abemaciclib), O b) la paciente es resistente a la terapia endocrina, tiene mutación en PIK3CA Y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con inavolisib y fulvestrant. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ICATIBANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ICATIBANT ACETATE, SAJAZIR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de ataques agudos debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ICLUSIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ICLUSIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en la fase crónica o fase blástica, tumores del estroma gastrointestinal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El paciente tiene CML en fase de aceleración o blástica y no se indica ningún otro inhibidor de la cinasa; O 2) tiene CML en fase crónica y experimentó resistencia o intolerancia a al menos 2 inhibidores de la cinasa previos, Y al menos uno de esos fue imatinib, dasatinib o nilotinib; O 3) el paciente es positivo para la mutación T315I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para tumores del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumors, GIST): 1) La enfermedad cumple con cualquiera de los siguientes requisitos: A) Es residual; B) irresecable; C) recurrente; D) metastásica/presenta rotura tumoral; Y 2) evolucionó después de usar al menos dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IDACIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADALIMUMAB-AACF (2 PEN), ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING, ADALIMUMAB-AACF STARTER P, IDACIO (2 PEN), IDACIO (2 SYRINGE), IDACIO STARTER PACKAGE FO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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, cuero cabelludo, 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]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | Para la uveítis no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis (solo de inicio nuevo): 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un corticoesteroide; O 2) tiene una contraindicación que prohibiría probar corticoesteroides.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IDHIFA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IDHIFA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia mieloide aguda de diagnóstico reciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide aguda (acute myeloid leukemia, AML) con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene AML de diagnóstico reciente y no es candidato para un tratamiento de inducción intensivo; O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado; O 3) el paciente tiene AML recidivante o resistente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ILARIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ILARIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la artritis idiopática juvenil sistémica activa o la enfermedad de Still activa de inicio en la edad adulta (inicio nuevo únicamente), el paciente debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: 1) respuesta insuficiente a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (nonsteroidal anti-inflammatory drug, NSAID), un corticoesteroide, methotrexate o leflunomide, O 2) respuesta insuficiente o intolerancia a un medicamento biológico previo antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD). Para las crisis de gota, el paciente debe cumplir con todos los siguientes (inicio nuevo únicamente): 1) dos o más crisis de gota dentro de los 12 meses anteriores al tratamiento inicial con el medicamento solicitado Y 2) respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación a al menos dos de los siguientes: medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), colchicine o corticosteroids. Para las crisis de gota (continuación): el paciente experimentó una respuesta clínica positiva al tratamiento con el medicamento solicitado. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IMATINIB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GLEEVEC, MESILATO DE IMATINIB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tumores desmoides; sinovitis vellonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinovial (PVNS/TGCT); cordoma recidivante, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi; enfermedad crónica de injerto contra huésped (chronic graft versus host disease, cGVHD); leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T con translocación de clase ABL; mastocitosis sistémica agresiva para la mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando la eosinofilia está presente con el gen de fusión FIP1L1-PDGFRΑ; neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1, FIP1L1-PDGFRΑ o PDGFRB en la fase crónica o la blástica.                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para la CML: el paciente no fracasó (excepto el fracaso debido a intolerancia) antes del tratamiento con un inhibidor de la tirosina cinasa. Para el melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irreseccable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones que activan c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IMBRUVICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IMBRUVICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tricoleucemia; linfoma linfoplasmacítico; linfoma primario del sistema nervioso central (SNC); linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); linfoma difuso de linfocitos B grandes; trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante; linfoma de linfocitos B de alto grado; linfoma de células del manto; linfoma de zonas marginales (incluido el 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el linfoma de células del manto: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib); O 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con rituximab como tratamiento previo a la terapia de inducción con el régimen de RHyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y dexametasona); O 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de inducción agresivo. 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 los sitios no gástricos, el linfoma de la zona marginal ganglionar y el linfoma esplénico de la zona marginal): el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior. Para la tricoleucemia: el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único para la evolución de la enfermedad. Para el linfoma del SNC primario: 1) la enfermedad es recidivante o resistente O 2) el medicamento solicitado se utiliza para tratamiento de inducción como agente único. Para el linfoma difundible de células B grandes, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): el medicamento solicitado se utilizará como agente único y como tratamiento de segunda línea o posterior para la enfermedad resistente o recidivante. Para trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante: el medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioinmunoterapia previa. En el caso de la leucemia linfocítica crónica/el linfoma linfocítico de células pequeñas: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Calquence (acalabrutinib). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IMDELLTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IMDELLTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IMFINZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IMFINZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) en estadio II irresecable; NSCLC recurrente; mantenimiento con fármaco único para el cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino; carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (small cell neuroendocrine carcinoma of the cervix, NECC) resistente, recurrente o metastásico; adenocarcinoma ampolloso; cáncer gástrico; tipos de cáncer de la unión esofágica y esofagogástrica; mesotelioma pleural. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es irresecable en estadio II o III; O 2) la enfermedad es resecable, recurrente, avanzada o metastásica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IMJUDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IMJUDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, cáncer gástrico y tipos de cáncer de la unión esofágica y esofagogástrica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IMKELDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IMKELDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cordoma recurrente, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para todas las indicaciones: el paciente no puede usar comprimidos de imatinib. Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL. Para la CML: el paciente no fracasó (excepto el fracaso debido a intolerancia) antes del tratamiento con un inhibidor de la tirosina cinasa. Para el melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones que activan c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IMPAVIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IMPAVIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Embarazo. Síndrome de Sjogren-Larsson.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 28 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IMVEXXY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PAQUETE DE MANTENIMIENTO DE IMVEXXY, PAQUETE INICIAL DE IMVEXXY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | INBRIJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | INBRIJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento inicial de episodios sintomáticos en la enfermedad de Parkinson: 1) El paciente actualmente recibe tratamiento con carbidopa/levodopa por vía oral; Y 2) no tiene ninguna de las siguientes enfermedades: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) u otra enfermedad pulmonar crónica subyacente. Para la continuación del tratamiento de episodios sintomáticos en la enfermedad de Parkinson: el paciente experimenta una mejora con el medicamento solicitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | INCRELEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | INCRELEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Pacientes pediátricos con epífisis cerradas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el retraso del crecimiento debido a la insuficiencia primaria grave del factor de crecimiento insulínico de tipo 1 (IGF-1) o la supresión del gen de la hormona del crecimiento (GH) en pacientes que desarrollaron anticuerpos neutralizantes de la GH, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos antes de comenzar el tratamiento con el medicamento solicitado (solo de inicio nuevo): 1) estatura de 3 o más desviaciones estándar (SD) por debajo de la media para niños del mismo sexo y edad; Y 2) nivel inicial de IGF-1 de 3 o más SD por debajo de la media para niños del mismo sexo y edad; Y 3) análisis de provocación de la hormona del crecimiento que muestra un nivel normal o elevado de la hormona del crecimiento. Para el retraso del crecimiento debido a la insuficiencia primaria grave del IGF-1 o la supresión del gen de la GH en pacientes que desarrollaron anticuerpos neutralizantes de la GH, continuación del tratamiento: el paciente experimenta una mejora. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | INLYTA                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | INLYTA                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Carcinoma tiroideo (papilar, oncocítico o folicular), sarcoma alveolar de partes blandas                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma de células renales: la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV.                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | INQOVI                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | INQOVI                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | INREBIC                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | INREBIC                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la cinasa Janus 2 (JAK2), neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y una reordenación de JAK2: la enfermedad está en fase crónica o en fase blástica.                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | INSULIN SUPPLIES                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | -                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | El producto solicitado se usa con insulina. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                           |

|                                               |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | INTRAROSA                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | INTRAROSA                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IQIRVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IQIRVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la colangitis biliar primaria (primary biliary cholangitis, PBC): Para el tratamiento inicial: 1) El diagnóstico de PBC se confirma mediante al menos dos de los siguientes requisitos: a) evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (alkaline phosphatase, ALP) durante al menos 6 meses; b) presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (título superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reacción inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares (ANA) específicos para PBC (p. ej., anti-gp210, anti-sp100); c) evidencia histológica de PBC en biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de conductos biliares interlobulares y septales); y 2) el paciente tiene un nivel elevado de ALP en suero antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) experimentó una respuesta insuficiente ante al menos 12 meses de tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico (ursodeoxycholic acid, UDCA)/ursodiol, y continuará con el tratamiento de reemplazo con UDCA/ursodiol; b) es intolerante al tratamiento previo con UDCA/ursodiol. Para la PBC (continuación): El paciente logró o mantuvo un beneficio clínico del tratamiento con Iqirvo. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IR BEFORE ER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BITARTRATO DE HIDROCODONA ER, CLORHIDRATO DE HIDROMORFONA ER, CLORHIDRATO DE HIDROMORFONA, CLORHIDRATO DE METADONA, CLORHIDRATO DE METADONA I, SULFATO DE MORFINA ER, CONTIN, CLORHIDRATO DE TRAMADOL ER, TRAMADOL CLORHIDRATO ER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia drepanocítica, una afección terminal o el dolor que se maneja mediante cuidados paliativos; O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se receta para el dolor intenso y lo suficientemente persistente como para requerir un período de tratamiento extendido con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide; Y 2) el paciente puede tomar de manera segura la dosis solicitada en función de sus antecedentes de uso de opioides (Nota: Este medicamento debe recetarse solo por profesionales de atención médica que tengan conocimientos en el uso de opioides potentes para el manejo del dolor crónico); Y 3) el paciente fue evaluado y se lo controlará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para continuar el tratamiento en un paciente que ha estado recibiendo un opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días, O el paciente tomó un opioide de absorción lenta durante al menos una semana. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IRESSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GEFITINIB, IRESSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente debe tener una mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ISOTRETINOIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ABSORICA, ABSORICA LD, ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOINA, ZENATANE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Acné vulgar resistente; rosácea resistente grave; neuroblastoma; linfoma de linfocitos T cutáneos (cutaneous T-cell lymphoma, CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary); alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (tipos de cáncer de células epidermoides); dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover); queratosis folicular (enfermedad de Darier); ictiosis laminar, pitiriasis roja pilar. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ISTURISA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ISTURISA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ITOVEBI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ITOVEBI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ITRACONAZOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ITRACONAZOL, SPORANOX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Coccidioidomicosis; profilaxis de coccidioidomicosis en infección por VIH; criptococosi; microsporidiosis; talaromicosis (anteriormente peniciliosis); profilaxis de la histoplasmosis en la infección por VIH; profilaxis invasiva de infección fúngica en trasplante de hígado; enfermedad granulomatosa crónica (chronic granulomatous disease, CGD) y neoplasia hemática; esporotricosis; pitiriasis versicolor; tiña versicolor; tiña corporal; tiña crural; tiña de la cabeza; tiña de la mano; tiña del pie; tratamiento primario para la aspergilosis broncopulmonar alérgica; tratamiento primario para la aspergilosis pulmonar crónica cavitaria o subaguda invasiva (necrotizante) |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la onicomicosis debido a dermatofitos (tiña ungueal), el diagnóstico se confirmó mediante una prueba de diagnóstico fúngico (p. ej., preparación de hidróxido de potasio [potassium hydroxide, KOH], cultivo fúngico o biopsia de uñas). Para el tratamiento primario de la aspergilosis broncopulmonar alérgica, el medicamento solicitado se inicia en combinación con corticoesteroides sistémicos.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Histoplasmosis diseminada/del SNC, profilaxis de histoplasmosis/CM/CGD, PA cavitaria crónica/necrotizante: 12 meses. Otros: 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IVERMECTIN TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IVERMECTINA, ESTROMEKTOL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Ascariasis; larva migratoria cutánea; mansoneliasis; sarna; gnatostomiasis; pediculosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IVIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALYGLO, BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia linfocítica crónica (chronic lymphocytic leukemia, CLL) de linfocitos B: 1) los niveles de IgG en suero son inferiores a 500 mg/dl; O 2) existen antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para trasplante de médula ósea/trasplante de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT): 1) Se solicita la IVIG dentro de los primeros 100 días posteriores al trasplante O 2) IgG en suero inferior a 400 mg/dl. Para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pediátrica: 1) IgG en suero inferior a 400 mg/dl O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para dermatomiositis y polimiositis: 1) se probó al menos un tratamiento de referencia de primera línea (corticoesteroides o inmunodepresores), pero no tuvo éxito o no se toleró; O 2) el paciente no puede recibir tratamiento de referencia debido a una contraindicación u otro motivo clínico. Para la aplasia pura de la serie roja (pure red cell aplasia, PRCA): la PRCA es secundaria a la infección por parvovirus B19. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IWILFIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IWILFIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | IZERVAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | IZERVAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JAKAFI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JAKAFI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Mielofibrosis de menor riesgo; neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica; leucemia linfoblástica aguda (acute lymphoblastic leukemia, ALL); leucemia mielomonocítica crónica (chronic myelomonocytic leukemia, CMML)-2; síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia; trombocitemia esencial; neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2; leucemia prolinfocítica de linfocitos T                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la policitemia vera: 1) el paciente tuvo una respuesta insuficiente o intolerancia a la hidroxiurea y Besremi (ropeginterferón alfa-2b-njft); O 2) tiene una enfermedad de alto riesgo. Para la leucemia linfoblástica aguda: el paciente tiene una mutación del factor similar al receptor de citocina 2 (cytokine receptor-like factor 2, CRLF2) o una mutación asociada con la activación de la vía de la cinasa Janus/señal y los activadores de la transcripción (JAK/STAT). Para la CMML-2: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con un hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: el medicamento solicitado se utiliza como fármaco único o en combinación con un hipometilante. Para la trombocitemia esencial: el paciente tuvo una respuesta insuficiente o falta de respuesta a la hidroxiurea, el tratamiento con interferón o la anagrelida. Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y una reordenación de JAK2: la enfermedad está en fase crónica o en fase blástica. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JATENZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JATENZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Disforia de género                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: el paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: el paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JAYPIRCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JAYPIRCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas (lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma, CLL/SLL): El paciente cumple ambos de los siguientes criterios: 1) el paciente recibió un tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina-cinasa de Bruton (Bruton Tyrosine Kinase, BTK), por ejemplo, Calquence (acalabrutinib); Y 2) recibió un tratamiento previo con un inhibidor del linfoma de linfocitos B 2 (B-cell lymphoma 2, BCL-2). Para el linfoma de células del manto: el paciente recibió tratamiento previo para un inhibidor de la BTK, por ejemplo, Calquence (acalabrutinib).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JEMPERLI                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JEMPERLI                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para tumores sólidos: el paciente tiene una enfermedad con deficiencia en la reparación de errores de apareamiento (dMMR)/inestabilidad de microsatélites alta (MSI-H).                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JEVTANA                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JEVTANA                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente tiene un diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JOENJA                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JOENJA                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el síndrome de fosfoinositida 3-quinasa delta activada (activated phosphoinositide 3-kinase delta syndrome, APDS): el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron una variante en PIK3CD o PIK3R1. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JOURNAVX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JOURNAVX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JUXTAPID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JUXTAPID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el inicio del tratamiento para la hipercolesterolemia hereditaria homocigótica (homozygous familial hypercholesterolemia, HoFH), el paciente (pt) debe cumplir con TODOS los siguientes requisitos: A) Diagnóstico de HoFH confirmado por uno de los siguientes: 1) Pruebas genéticas para confirmar dos alelos mutantes en el receptor de lipoproteínas de baja densidad (low-density lipoprotein receptor, LDLR), apolipoproteína B (ApoB), proproteína convertasa subtilisina/kexina de tipo 9 (PCSK9) o locus del gen de la proteína adaptadora 1 del receptor de lipoproteína de baja densidad (LDLRAP1) O 2) Antecedentes de niveles de colesterol de lipoproteína de baja densidad (LDL-C) no tratados superiores a 400 mg/dl y cualquiera de los siguientes: a) presencia de xantomas cutáneos o tendinosos antes de los 10 años; o b) un nivel de LDL-C no tratado superior o igual a 190 mg/dl en ambos padres, que concuerda con la hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH), Y B) 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 (Food and Drug Administration, FDA), a menos que el paciente sea intolerante a las estatinas o tenga una contraindicación al tratamiento con estatinas, Y C) antes del inicio del tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente recibe actualmente tratamiento con un medicamento dirigido con 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 con PCSK9, Y D) antes de iniciar el tratamiento, el paciente está/estaba experimentando una respuesta insuficiente a un tratamiento de disminución de lípidos 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 un tratamiento de reducción de lípidos concomitante. Para la renovación del tratamiento para tratar la HoFH: A) El paciente cumple con todos los criterios iniciales; Y B) respondió al tratamiento según lo demostrado por una reducción en el LDL-C con respecto al valor inicial; Y C) recibe un tratamiento concomitante de reducción de lípidos. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | JYNARQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JYNARQUE, TOLVAPTAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KALBITOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KALBITOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de ataques agudos debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KALYDECO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KALYDECO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis quística (FQ): el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KANJINTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KANJINTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KANUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KANUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la insuficiencia de lipasa ácida lisosómica: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima lipasa ácida lisosómica o mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KETOCONAZOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KETOCONAZOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Síndrome de Cushing                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos que están contraindicados con comprimidos de ketoconazol: dofetilida, quinidina, pimozida, cisaprida, metadona, disopiramida, dronedarona, ranolazina, alcaloides ergóticos, irinotecán, lurasidona, midazolam por vía oral, alprazolam, triazolam, felodipina, nisoldipina, tolvaptán, eplerenona, lovastatina, simvastatina o colchicina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Los posibles beneficios superan los riesgos del tratamiento con ketoconazol por vía oral. Para las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene alguno de los siguientes diagnósticos: blastomycosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, cromomycosis o paracoccidioidomycosis. Para el síndrome de Cushing: el medicamento solicitado se receta para un paciente que no puede tolerar una cirugía, o cuando la cirugía no fue curativa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KEVEYIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DICLOFENAMIDA, KEVEYIS, ORMALVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la parálisis periódica hipopotasiémica primaria: 1) El diagnóstico fue respaldado por resultados de pruebas genéticas; O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de parálisis periódica hipopotasiémica primaria; O 3) los ataques del paciente están asociados con la hipopotasiemia Y se han descartado tanto el síndrome de Andersen-Tawil como la parálisis periódica tirotóxica. Para la parálisis periódica HIPERpotasiémica primaria: 1) El diagnóstico fue respaldado por los resultados de pruebas genéticas, O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de parálisis periódica hiperpotasiémica primaria O 3) los ataques del paciente están asociados con hiperpotasiemia Y se ha descartado el síndrome de Andersen-Tawil. Para la continuación del tratamiento para la parálisis periódica HIPOpotasiémica primaria e HIPERpotasiémica primaria: El paciente exhibe una respuesta al tratamiento con el medicamento solicitado, como lo demuestra una menor cantidad o gravedad de los ataques. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 2 meses. Continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KEYTRUDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KEYTRUDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KIMMTRAK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KIMMTRAK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KISQALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KISQALI, KISQALI FEMARA 200 DOSE, KISQALI FEMARA 400 DOSE, KISQALI FEMARA 600 DOSE                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama recurrente positivo para receptor hormonal y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (human epidermal growth factor receptor 2, HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol, para tumores positivos para receptores de estrógeno. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KLISYRI                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KLISYRI                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes: A) Crema de imiquimod al 5%; B) crema o solución de fluorouracilo. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KORLYM                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KORLYM, MIFEPRISTONA                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KOSELUGO                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KOSELUGO                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Glioma delimitado recurrente o progresivo positivo para la fusión del BRAF o mutación activadora V600E del gen BRAF, histiocitosis de células de Langerhans.                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Para neurofibromatosis de tipo 1: 2 años de edad o más                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KRAZATI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KRAZATI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante positivo para KRAS G12C, metástasis cerebral del sistema nervioso central (SNC) del NSCLC positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma del páncreas positivo para KRAS G12C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KRYSTEXXA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KRYSTEXXA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado no se utilizará de forma concomitante con fármacos por vía oral reductores de los niveles de urato. Para el inicio del tratamiento para la gota crónica: 1) el paciente debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios: a) tuvo una respuesta insuficiente a un ensayo de 3 meses de un inhibidor de la xantina-oxidasa a la dosis máxima médicamente adecuada, a menos que exista un motivo clínico para no completar un ensayo (p. ej., reacción alérgica grave, toxicidad, intolerancia, interacción medicamentosa significativa, disfunción renal grave [solo para el alopurinol], insuficiencia renal en etapa terminal [solo para el febuxostat], o antecedentes de enfermedad cardiovascular (cardiovascular disease, CVD) o un evento nuevo cardiovascular (new cardiovascular, CV) [solo para el febuxostat]); o b) si existe un motivo clínico para no completar un ensayo de 3 meses con un inhibidor de la xantina-oxidasa, se requiere una respuesta insuficiente a una prueba de 3 meses de probenecid, a menos que exista un motivo clínico para no completar una prueba de probenecid (p. ej., insuficiencia renal [tasa de filtración glomerular de 30 ml por minuto o menos], reacción alérgica grave, toxicidad, intolerancia, discrasias sanguíneas existentes o cálculos renales de ácido úrico, e interacción medicamentosa significativa); Y 2) el paciente experimenta crisis frecuentes de gota (2 por año o más) O tiene al menos 1 tofo gotoso o artritis gotosa. Para la continuación del tratamiento para la gota crónica: 1) el paciente no tuvo 2 mediciones consecutivas del nivel de ácido úrico por encima de 6 mg/dl; Y 2) el experimenta un beneficio del tratamiento (p. ej., niveles séricos de ácido úrico inferiores a 6 mg/dl, reducción de tofos, reducción de síntomas o exacerbaciones). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | KYPROLIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KYPROLIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmacítico, amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LAMZEDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LAMZEDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para las manifestaciones de alfa-manosidosis que no sean del sistema nervioso central: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima alfa-manosidosis o mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LAPATINIB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DITOSILATO DE LAPATINIB, TIKERB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama recidivante positivo para HER2, cordoma recidivante positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular).                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de mama, la paciente cumple con todos los siguientes requisitos: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica (incluida la metástasis cerebral); b) les positiva para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); c) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de la aromatasa, 2) capecitabina O 3) trastuzumab. Para el cáncer colorrectal: 1) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab; y 2) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LAZCLUZE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LAZCLUZE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LENVIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LENVIMA 10 MG DAILY DOSE, LENVIMA 12MG DAILY DOSE, LENVIMA 14 MG DAILY DOSE, LENVIMA 18 MG DAILY DOSE, LENVIMA 20 MG DAILY DOSE, LENVIMA 24 MG DAILY DOSE, LENVIMA 4 MG DAILY DOSE, LENVIMA 8 MG DAILY DOSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Carcinoma medular de tiroides, carcinoma endometrial recurrente, carcinoma tímico, melanoma cutáneo irresecable o metastásico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de tiroides diferenciado (folicular, papilar u oncocítico): la enfermedad no es tributaria de tratamiento con yodo radiactivo e irresecable, localmente recurrente, persistente o metastásico. Para el carcinoma hepatocelular (HCC): la enfermedad es irresecable o inoperable, local, metastásica o con una carga tumoral hepática extensa. Para el carcinoma de células renales (RCC): la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV. Para el carcinoma endometrial (CE), el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab; 3) el paciente experimentó evolución de la enfermedad después de un tratamiento sistémico previo. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LEUKINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LEUKINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Profilaxis de la neutropenia febril (NF) 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril (NF) inducida por quimioterapia, el paciente debe cumplir con ambos criterios: 1) El paciente tiene un cáncer no mieloide; y 2) actualmente recibe o recibirá tratamiento mielosupresor contra el cáncer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LEUPROLIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LEUPROLIDE ACETATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Uso en combinación con la hormona del crecimiento para niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de las glándulas salivales positivos para el receptor de andrógenos, pubertad precoz central                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP): los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) el diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin releasing hormone, GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (HL) de tercera generación; 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP; 3) la aparición de características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años de edad para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad para los pacientes de sexo masculino. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | CPP: el paciente debe tener menos 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LIBTAYO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LIBTAYO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrente, cáncer de cuello uterino, cáncer de vulva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma de células basales: el paciente fue tratado previamente con un inhibidor de la vía Hedgehog O el tratamiento con un inhibidor de la vía Hedgehog no es adecuado. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): la enfermedad es avanzada, recidivante o metastásica. Para el cáncer de cuello uterino y de vulva: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LIDOCAINE PATCHES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LIDOCAÍNA, LIDOCAN, TRIDACAÍNA II, ZTLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Dolor asociado con la neuropatía diabética; dolor asociado con la neuropatía relacionada con el cáncer (incluida la neuropatía relacionada con el tratamiento [p. ej., neuropatía asociada con radioterapia o quimioterapia]).                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LIVDELZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LIVDELZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la colangitis biliar primaria (primary biliary cholangitis, PBC): Para el tratamiento inicial: 1) El diagnóstico de PBC se confirma mediante al menos dos de los siguientes requisitos: a) evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (alkaline phosphatase, ALP) durante al menos 6 meses; b) presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (título superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reacción inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares (ANA) específicos para PBC (p. ej., anti-gp210, anti-sp100); c) evidencia histológica de PBC en biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de conductos biliares interlobulares y septales); y 2) el paciente tiene un nivel elevado de ALP en suero antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) experimentó una respuesta insuficiente ante al menos 12 meses de tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico (ursodeoxycholic acid, UDCA)/ursodiol, y continuará con el tratamiento de reemplazo con UDCA/ursodiol; b) es intolerante al tratamiento previo con UDCA/ursodiol. Para la PBC (continuación): El paciente logró o mantuvo un beneficio clínico del tratamiento con Livdelzi. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LIVMARLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LIVMARLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento del prurito colestásico en pacientes con síndrome de Alagille (Alagille Syndrome, ALGS) (continuación): el paciente experimentó un beneficio del tratamiento (por ejemplo, mejora del prurito). Para el tratamiento del prurito colestásico en un paciente con colestasis intrahepática familiar progresiva (progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC), (inicial): 1) el diagnóstico de PFIC se ha confirmado mediante pruebas genéticas; 2) el paciente no padece PFIC de tipo 2 con variantes ABCB11 que provoquen la ausencia total o no funcional de la proteína de bomba de exportación de sales biliares (bile salt export pump, BSEP); Y 3) el paciente no padece ninguna otra enfermedad hepática concomitante. Para el tratamiento del prurito colestásico en un paciente con PFIC (continuación): el paciente ha experimentado un beneficio de la terapia (por ejemplo, mejora del prurito).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Para el ALGS: 3 meses de edad o más, para la PFIC: 12 meses de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LIVTENCITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LIVTENCITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo o un oncólogo, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LODOCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LODOCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LONSURF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LONSURF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de esófago irresecable, localmente avanzado, recurrente o metastásico.<br>Cáncer gástrico y cáncer de la unión gastroesofágica irresecables, localmente avanzados o recurrentes. Adenocarcinoma apendicular avanzado o metastásico.                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): la enfermedad es avanzada o metastásica. Para el adenocarcinoma gástrico, esofágico o de la unión gastroesofágica, se deben cumplir TODOS los criterios a continuación: 1) la enfermedad es irresecable, localmente avanzada, recurrente o metastásica; y 2) el paciente fue tratado previamente con al menos dos líneas previas de quimioterapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LOQTORZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LOQTORZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LORBRENA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LORBRENA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK); NSCLC metastásico, avanzado o recidivante positivo para el reordenamiento del protooncogén tirosina-proteína cinasa ROS1 (ROS1); enfermedad de Erdheim-Chester positiva para ALK sintomática o recidivante/refractaria; tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluidos el sarcoma uterino avanzado, recidivante/metastásico o inoperable para IMT con translocación de ALK), metástasis cerebral del sistema nervioso central (SNC) por NSCLC positivo para reordenamiento de la ALK, linfoma difundible de células B grandes positivo para ALK recidivante o resistente |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico: 1) la enfermedad es positiva para ALK Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib) O 3) la enfermedad es positiva para el reordenamiento de la ROS1 y el medicamento solicitado se está utilizando después de la evolución de la enfermedad con crizotinib, entrectinib o ceritinib.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUCEMYRA                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LOFEXIDINE HYDROCHLORIDE, LUCEMYRA                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUCENTIS                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LUCENTIS                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo. |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUMAKRAS                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LUMAKRAS                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para KRAS G12C                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUMIZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LUMIZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Pompe: el diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa (GAA) o mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUMRYZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LUMRYZ, LUMRYZ STARTER PACK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) el diagnóstico confirmado mediante una evaluación de análisis de laboratorio del sueño, Y, 2) si la solicitud es para un adulto, si el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la continuación del tratamiento: El paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUNSUMIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LUNSUMIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUPKYNIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LUPKYNIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Uso en combinación con ciclofosfamida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la nefritis lúpica: 1) el paciente actualmente recibe un régimen de tratamiento inmunodepresor de fondo para la nefritis lúpica (por ejemplo, mofetilo de micofenolato, corticoesteroides); O 2) tiene intolerancia o una contraindicación al régimen del tratamiento inmunodepresor de fondo para la nefritis lúpica. Para la nefritis lúpica, continuación: el paciente recibe beneficios del tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUPRON PED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP): los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) el diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin releasing hormone, GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (HL) de tercera generación; Y 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP; Y 3) la aparición de características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años de edad para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad para los pacientes de sexo masculino. CPP: el paciente debe tener menos 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUPRON-ENDOMETRIOSIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LUPRON DEPOT (1-MONTH), LUPRON DEPOT (3-MONTH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama; cáncer de ovario/cáncer de trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario; tumor de las glándulas salivales recurrente positivo para receptor de andrógenos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la repetición del tratamiento de la endometriosis, el medicamento solicitado se utiliza en combinación con acetato de noretindrona. Para miomas uterinos, la paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios: 1) diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito inferior o igual al 30 por ciento o hemoglobina inferior o igual a 10 g/dl); O 2) el medicamento solicitado se utilizará antes de la cirugía para miomas uterinos. Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado se utiliza para la enfermedad positiva para el receptor hormonal (RH). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Miomas: 3 meses, máximo de 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo de 12 meses en total. Otros: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LUPRON-PROSTATE CA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LEUPROLIDE ACETATE, LUPRON DEPOT (1 MES), LUPRON DEPOT (3 MESES), LUPRON DEPOT (4 MESES), LUPRON DEPOT (6 MESES), LUTRATE DEPOT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tumores malignos del cordón sexual y del estroma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LYNPARZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LYNPARZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama recurrente negativo para HER2 y con mutación de la línea germinal BRCA 1/2; cáncer de mama recurrente o metastásico positivo para HER2 y con mutación de la línea germinal BRCA 1/2; leiomioma uterino.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad tiene mutación en la línea germinal BRCA 1/2. Para el cáncer de próstata: 1) El paciente tiene una mutación en BRCA y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con abiraterona y un corticoesteroide oral; O 2) el paciente evolucionó con un tratamiento previo dirigido al receptor de andrógenos. Para el cáncer de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario: el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de mantenimiento para la enfermedad en estadio II-IV o recurrente que tiene respuesta completa o parcial a la quimioterapia. Para el leiomioma uterino: 1) la paciente recibió al menos un tratamiento previo Y 2) tiene una enfermedad con BRCA alterado. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LYRICA CR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LYRICA CR, PREGABALINA ER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el dolor neuropático asociado con la neuropatía periférica diabética (diabetic peripheral neuropathy, DPN) y la neuralgia posherpética (postherpetic neuralgia, PHN): El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LYTGOBI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LYTGOBI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Colangiocarcinoma extrahepático                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el colangiocarcinoma: 1) el paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irresecable, localmente avanzado o metastásico; 2) recibió un tratamiento previo; Y 3) tiene una enfermedad que tiene una fusión del gen receptor del factor de crecimiento fibroblástico 2 (fibroblast growth factor receptor 2, FGFR2) u otro reordenamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | LYVISPAH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LYVISPAH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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).                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MARGENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MARGENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MAVENCLAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MAVENCLAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 60 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MAVYRET                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MAVYRET                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh [CTP]).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el virus de la hepatitis C (VHC): infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto; genotipo; antecedentes de tratamiento previo; presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de CTP]); presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda; estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infecciosas (American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America, AASLD-IDSA). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MAYZENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MAYZENT, PAQUETE INICIAL DE MAYZENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MEGESTROL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MEGESTROL ACETATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Caquexia relacionada con el cáncer en adultos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol de 40 miligramos por mililitro (40 mg/ml).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MEKINIST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MEKINIST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para una mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como único fármaco o en combinación con dabrafenib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el melanoma uveal: el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único. Para el cáncer de ovarios, el cáncer de las trompas de Falopio y el cáncer peritoneal primario: el medicamento solicitado se utilizará para tratar enfermedades crónicas o recurrentes. Para el carcinoma tiroideo papilar, folicular y oncocítico: 1) la enfermedad es positiva para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) no es tributaria de tratamiento con yodo radiactivo (radioactive iodine, RAI); Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para tumores sólidos: 1) el tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MEKTOVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MEKTOVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) el tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib; Y 3) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MEMANTINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS DE CLORHIDRATO DE MEMANTINA, CLORHIDRATO DE MEMANTINA, CLORHIDRATO DE MEMANTINA E, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS DE NAMENDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes menores de 30 años.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MEPRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ATOVAQUONE, MEPRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Babesiosis, toxoplasmosis, profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> en pacientes pediátricos, tratamiento de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> de leve a moderada en pacientes pediátricos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) de leve a moderada: el paciente tuvo una intolerancia o tiene una contraindicación para sulfametoxazol/trimetoprima (SMX-TMP). Para la prevención de indicaciones de profilaxis de toxoplasmosis primaria y PCP: 1) el paciente tuvo intolerancia o tiene una contraindicación para SMX-TMP, Y 2) está inmunodeprimido. Para la profilaxis secundaria de la toxoplasmosis: el paciente está inmunodeprimido. Para el tratamiento de la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con azitromicina. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Profilaxis secundaria de la toxoplasmosis: 6 meses; todas las demás indicaciones: 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | METHYLPHENIDATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CONCERTA, COTEMPLA XR-ODT, DAYTRANA, JORNAY PM, METADATE CD, METILINA, METILFENIDATO, METILFENIDATO HIDROCLORO, QUILLICHEW ER, QUILLIVANT XR, RELEXXII, RITALINA, RITALINA LA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | 1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA); O 2) tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por 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 la fatiga.                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | METHYLTESTOSTERONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | METHYLTESTOSTERONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a productos alternativos de testosterona (p. ej., testosterona tópica, testosterona transdérmica, testosterona inyectable). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: el paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" [también denominado "hipogonadismo de inicio tardío"]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: el paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con "hipogonadismo relacionado con la edad" [también denominado "hipogonadismo de inicio tardío"])). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MICO-ZN-PETR UNGÜENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NITRATO DE MICONAZOL/ZINC O, VUSION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Se confirmó la presencia de infección por candidas mediante evaluación microscópica (evidencia microscópica de pseudohifas o gemación con hongos) antes de iniciar el tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Paciente pediátrico de 4 semanas de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MIGLUSTAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MIGLUSTAT, YARGESA, ZAVESCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Gaucher de tipo 1 (GD1): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MIPLYFFA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MIPLYFFA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, inicial: 1) el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas que demostraron una variante del gen NPC1 o NPC2, 2) el paciente tiene manifestaciones neurológicas de la enfermedad (p. ej., pérdida de habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación), Y 3) el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con Aqneursa (levacetylleucine). Para la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, continuación: el paciente está experimentando beneficios de la terapia (p. ej., estabilización o mejora de las habilidades motoras finas, deglución, habla, deambulación). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MIRVASO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TARTRATO DE BRIMONIDINA, MIRVASO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MODAFINIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MODAFINIL, PROVIGIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Hipersomnia idiopática                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la somnolencia excesiva asociada con narcolepsia: el diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la somnolencia excesiva asociada con apnea del sueño obstructiva (obstructive sleep apnea, OSA): el diagnóstico se confirmó mediante polisomnografía. Para la hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico ha sido confirmado por TODOS los siguientes: 1) el paciente experimentó interrupciones en el sueño o una necesidad irrefragable de dormir durante el día, a diario durante al menos 3 meses; Y 2) se confirma que no hay síndrome del sueño insuficiente; Y 3) no hay cataplexia; Y 4) menos de 2 períodos de movimiento ocular rápido de inicio del sueño (sleep onset rapid eye movement periods, SOREMP) o ninguno, si la reducción rápida del movimiento ocular en un estudio del sueño durante la noche fue inferior o igual a 15 minutos; Y 5) el promedio de latencia del sueño de 8 minutos o menos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo de sueño total de 24 horas es superior o igual a 11 horas; Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico, o el uso de medicamentos/fármacos) no explica mejor la hipersomnia y los resultados de las pruebas. Para la hipersomnia idiopática, continuación del tratamiento: El paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con respecto al inicio. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MONJUVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MONJUVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma de linfocitos B relacionado con el VIH; trastorno linfáticoproliferativo monomórfico posterior al trasplante (tipo de linfocitos B); linfoma de linfocitos B de alto grado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | En el caso del linfoma de linfocitos B grandes (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) no especificado de otro modo, el linfoma de linfocitos B relacionado con el VIH, el trastorno linfáticoproliferativo monomórfico posterior al trasplante (tipo de linfocitos B), el linfoma de linfocitos B de alto grado, el linfoma difuso de linfocitos B grandes (DLBCL) no especificado de otro modo, incluido el DLBCL que surja de un linfoma de bajo grado: 1) el paciente tiene enfermedad recidivante o resistente; Y 2) no es elegible para un trasplante autólogo de células madre (TACE).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MOTPOLY XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MOTPOLY XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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 adyuvante de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) si el paciente tiene 6 años o más, el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Spritam. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MOUNJARO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MOUNJARO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MOZOBIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MOZOBIL, PLERIXAFOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MULPLETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MULPLETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MYALEPT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MYALEPT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Lipodistrofia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Obesidad generalizada no asociada con la lipodistrofia generalizada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la lipodistrofia, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene un diagnóstico de lipodistrofia congénita generalizada (es decir, síndrome de Berardinelli-Seip) O lipodistrofia generalizada adquirida (es decir, síndrome de Lawrence); 2) tiene insuficiencia de leptina confirmada por análisis de laboratorio; Y 3) tiene al menos una complicación de la lipodistrofia (p. ej., diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, aumento de los niveles de insulina en ayunas). Para la renovación de la lipodistrofia, el paciente experimentó una mejora con respecto al inicio en el control metabólico (p. ej., mejora del control de la glucemia, disminución de los triglicéridos, disminución de los niveles de enzimas hepáticas). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MYCAPSSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MYCAPSSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la acromegalia, inicial: 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: el nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MIFEMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MIFEMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el sangrado menstrual abundante asociado con leiomiomas uterinos (miomas) y el dolor de moderado a intenso asociado con la endometriosis en una paciente premenopáusica: la paciente aún no ha recibido 24 meses o más de tratamiento con el medicamento solicitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 12 meses, máximo de 24 meses en total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MYLOTARG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MYLOTARG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia aguda promielocítica (acute promyelocytic leukemia, APL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | MYOBLOC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | MYOBLOC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Hiperhidrosis axilar primaria, hiperhidrosis palmar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Uso cosmético                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NAGLAZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NAGLAZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | El diagnóstico de mucopolisacaridosis de tipo VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una insuficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NEMLUVIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NEMLUVIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el prurigo nodular (PN), tratamiento inicial: El paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico O los corticoesteroides tópicos no son aconsejables para el paciente. Para el PN, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la dermatitis atópica (atopic dermatitis, AD), tratamiento inicial: 1) el paciente tiene una enfermedad de moderada a grave; Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con un corticoesteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina; O los corticoesteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son aconsejables para el paciente. Para la AD, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | PN: 18 años o más; AD: 12 años o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | PN, inicial: 6 meses; AD, inicial: 4 meses. Continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NERLYNX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NERLYNX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), metástasis cerebral del cáncer positivo para HER2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NEXAVAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NEXAVAR, TOSILATO DE SORAFENIB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | 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 o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en la fase crónica o blástica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide aguda: la enfermedad es positiva para la mutación en tándem interno de la tirosina cinasa 3 similar a la FMS (FMS-like tyrosine kinase 3-internal tandem duplication, FLT3-ITD) y se cumple cualquiera de las siguientes condiciones: 1) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas; O 2) se utiliza para el tratamiento de inducción de baja intensidad, el tratamiento posterior a la inducción o el tratamiento de consolidación; O 3) la enfermedad es recidivante/resistente. Para el carcinoma tiroideo: la histología es folicular, papilar, oncocítica o medular. Para el tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica, o presenta rotura tumoral; Y 2) la enfermedad evolucionó después de usar al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NEXTSTELLIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NEXTSTELLIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un ensayo anterior de un anticonceptivo oral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NEXVIAZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NEXVIAZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa (GAA) o mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 año de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NGENLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NGENLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Pacientes pediátricos con epífisis cerradas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la deficiencia de la hormona del crecimiento (growth hormone deficiency, GHD) pediátrica, inicial: A) El paciente (pt) tiene una velocidad de estatura (ht) 1 año previa al tratamiento (pre-tx) de más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media O una ht pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media y una velocidad de ht de 1 año más de 1 SD por debajo de la media, Y el pt cumple con cualquiera de los siguientes: 1) fracaso de 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento (pico inferior a 10 ng/ml); 2) trastorno de la hipófisis/el 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-tx de más de 2 SD por debajo de la media; O B) al pt se le diagnosticó GHD cuando era recién nacido. Para la GHD pediátrica, continuación del tratamiento: El paciente está experimentando una mejora. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 3 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NIKTIMVO                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NIKTIMVO                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NINLARO                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NINLARO                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente, macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmacítico                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NITISINONE                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NITISINONE, ORFADIN                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la tirosinemia hereditaria de tipo 1 (hereditary tyrosinemia type 1, HT-1): el diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes métodos: 1) pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en orina), O 2) pruebas de ADN (análisis de mutación). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NITYR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NITYR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la tirosinemia hereditaria de tipo 1 (hereditary tyrosinemia type 1, HT-1): el diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes métodos: 1) pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en orina), O 2) pruebas de ADN (análisis de mutación).                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NORITATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NORITATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NORTHERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DROXIDOPA, NORTHERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipotensión ortostática neurogénica (hipotensión ortostática neurogénica, nOH): para el tratamiento inicial, el paciente tiene una disminución crónica 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 de la prueba de pie o de inclinación. Para la continuación del tratamiento, el paciente ha experimentado una reducción sostenida de los síntomas de la nOH (es decir, disminución de los mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Para el tratamiento inicial y la continuación, el medicamento solicitado se utilizará para pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada con uno de los siguientes diagnósticos: 1) insuficiencia autonómica primaria debido a la enfermedad de Parkinson, atrofia del sistema múltiple o insuficiencia autonómica absoluta; O 2) insuficiencia de dopamina beta-hidroxilasa; O 3) neuropatía autonómica no diabética. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NOXAFIL EN POLVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NOXAFIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | De 2 a 18 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NOXAFIL SUSP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NOXAFIL, POSACONAZOL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la candidiasis orofaríngea: el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al fluconazol.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 13 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Candidosis orofaríngea: 1 mes. Todas las demás indicaciones: 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NPLATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NPLATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para trombocitopenia inmunitaria (ITP) (de inicio nuevo): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo, como corticosteroides o inmunoglobulinas; Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000/mcl a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad ulcerosa péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): El paciente tiene una respuesta de recuento de plaquetas al medicamento solicitado con UNO de los siguientes: 1) El recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl; Y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Para la ITP: Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan; para HSARS: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NUBEQA                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NUBEQA                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NUEDEXTA                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NUEDEXTA                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la labilidad emocional (pseudobulbar affect, PBA) (continuación): el paciente ha experimentado una disminución en los episodios de labilidad emocional (PBA) desde que comenzó el tratamiento con el medicamento solicitado. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 4 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NUPLAZID                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NUPLAZID                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para alucinaciones y delirios asociados con la psicosis por enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de los síntomas psicóticos.                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | NURTEC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NURTEC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Tratamiento contra la migraña aguda: el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y experimentó menos días con migraña al mes con respecto al inicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 3 meses; todas las demás indicaciones: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OCALIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OCALIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la colangitis biliar primaria (PBC) sin cirrosis o con cirrosis compensada sin evidencia de hipertensión portal: Para el tratamiento inicial: 1) El diagnóstico de PBC (antes conocida como cirrosis biliar primaria) se confirma mediante al menos dos de los siguientes requisitos: a) evidencia bioquímica de colestasis con elevación del nivel de fosfatasa alcalina (alkaline phosphatase, ALP) durante al menos 6 meses; b) presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA) (valoración superior a 1:40 por inmunofluorescencia o reacción inmunoenzimática) o anticuerpos antinucleares (ANA) específicos para PBC (p. ej., anti-gp210, anti-sp100), c) evidencia histológica de PBC en biopsia hepática (p. ej., inflamación no supurativa y destrucción de conductos biliares interlobulares y septales); y 2) el paciente tiene un nivel elevado de ALP en suero antes de iniciar el tratamiento con el medicamento solicitado y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) experimentó una respuesta insuficiente ante al menos 12 meses de tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico (ursodeoxycholic acid, UDCA)/ursodiol y el paciente continuará con el tratamiento de reemplazo con UDCA/ursodiol; b) es intolerante al tratamiento previo con UDCA/ursodiol. Para la PBC (continuación): el paciente logró o mantuvo un beneficio clínico del tratamiento con Ocaliva. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OCREVUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OCREVUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OCREVUS ZUNOVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OCREVUS ZUNOVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OCTREOTIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ACETATO DE OCTREOTIDA, SANDOSTATINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Control del tumor de timomas y carcinomas tímicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la acromegalia, inicial: 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: el nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ODACTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ODACTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | De los 5 a los 65 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ODOMZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ODOMZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OFEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OFEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo de inicio nuevo): 1) un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) del tórax o una biopsia pulmonar revela el patrón habitual de neumonía intersticial (usual interstitial pneumonia, UIP); O 2) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado que no es el patrón UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP), y el diagnóstico está respaldado por una biopsia pulmonar o por un análisis multidisciplinario entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se realizó una biopsia pulmonar. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OGIVRI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OGIVRI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OGSIVEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OGSIVEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OHTUVAYRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OHTUVAYRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a DOS de los siguientes: budesónida/formoterol, fluticasona/salmeterol, Breo Ellipta (fluticasone/vilanterol), Incruse Ellipta (umeclidinio), Anoro Ellipta (umeclidinio/vilanterol), Bevespi (glicopirrolato/formoterol), Serevent Diskus (salmeterol), Trelegy Ellipta (fluticasone/umeclidinio/vilanterol). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OJEMDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OJEMDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para glioma de bajo grado (Low-Grade Glioma, LGG) pediátrico resistente o recidivante: el tumor del paciente es positivo para a) fusión o reordenamiento del gen BRAF O b) mutación del gen V600 del gen BRAF.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OJJAARA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OJJAARA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la mielofibrosis, el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene un diagnóstico de mielofibrosis primaria de riesgo intermedio o alto o mielofibrosis secundaria (es decir, después de la policitemia vera o de la trombocitemia esencial), Y 2) el paciente tiene anemia definida como hemoglobina inferior a 10 gramos por decilitro (g/dl) o tiene anemia dependiente de transfusiones, Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación a Jakafi (ruxolitinib) O tiene niveles de hemoglobina inferiores a 8 g/dl. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OMEGA-3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LOVAZA, OMEGA-3-ACID ETHYL ESTERS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertrigliceridemia: antes del inicio del tratamiento con un medicamento para disminuir los triglicéridos, el paciente tiene/tuvo un nivel de triglicéridos previo al tratamiento superior o igual a 500 miligramos por decilitro (mg/dl).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OMNIPOD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INT, OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 POD, OMNIPOD 5 G7 INTRO KIT (G, OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5), OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6, OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN, OMNIPOD DASH INTRO KIT (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) se autodiagnostica los niveles de glucosa 4 o más veces al día O está utilizando un monitor de glucosa continuo; Y 3) experimentó 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. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OMNIPOD GO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OMNIPOD GO 10 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 15 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 20 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 25 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 30 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 35 UNITS/DAY, OMNIPOD GO 40 UNITS/DAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina; Y 2) actualmente se está realizando un autodiagnóstico de los niveles de glucosa, se le asesorará sobre el autodiagnóstico de los niveles de glucosa o está utilizando un monitor de glucosa continuo; Y 3) experimentó una respuesta insuficiente o intolerancia al tratamiento con insulina basal de acción prolongada.                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ONCASPAR                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ONCASPAR                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma extranganglionar de linfocitos T citolíticos naturales, leucemia agresiva de linfocitos NK (aggressive NK-cell leukemia, ANKL) |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ONGENTYS                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ONGENTYS                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ONTRUZANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ONTRUZANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Todas las indicaciones: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) la enfermedad es positiva para HER2; Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con paclitaxel y continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ONUREG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ONUREG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma de linfocitos T periféricos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OPDIVO                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OPDIVO                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                            |

|                                               |                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OPDIVO QVANTIG                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OPDIVO QVANTIG                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                            |

|                                               |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OPDUALAG                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OPDUALAG                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OPFOLDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OPFOLDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: 1) El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una insuficiencia de la actividad enzimática de la alfa-glucosidasa ácida (acid alpha-glucosidase, 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 (ERT) actual. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OPIPZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OPIPZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la esquizofrenia, 1) el paciente cumple con ambos de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone; Y b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral. Para el tratamiento adyuvante de un trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD), 1) el paciente cumple con ambos de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, olanzapine, quetiapine; Y b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Rexulti, Vraylar; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral. Para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el trastorno autista, 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazole, risperidone; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral. Para el tratamiento del trastorno de Tourette: 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia al medicamento genérico aripiprazole; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones por vía oral. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OPSUMIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OPSUMIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para pacientes con PAH solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OPZELURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OPZELURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento crónico tópico a corto plazo y no continuo de la dermatitis atópica (DA) de leve a moderada en un paciente no inmunodeprimido, tratamiento inicial: 1) El medicamento se aplicará en las áreas afectadas de menos del 20 por ciento de la superficie corporal (body surface area, BSA); Y 2) el paciente cumple con cualquier de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o los dobleces de la piel) y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina; O b) el medicamento solicitado se usará en áreas no sensibles de la piel (o restantes) y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un corticoesteroide tópico de potencia media o alta, o a un inhibidor tópico de la calcineurina. Para el tratamiento crónico tópico a corto plazo y no continuo 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 (nonsegmental vitiligo, NSV): El medicamento solicitado se aplicará a las áreas afectadas del 10 por ciento o menos de la superficie corporal (BSA). Para el tratamiento tópico del vitiligo no segmentario, continuación del tratamiento: El paciente logró o mantuvo una repigmentación significativa. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | DA, NSV: 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | DA, inicial: 3 meses; NSV, inicial: 7 meses; DA, NSV continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ORENITRAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ORENITRAM, KIT DE AJUSTE DE DOSIS DE ORENITRAM M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para inicio reciente únicamente: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ORGOVYX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ORGOVYX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ORIAHNN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ORIAHNN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el sangrado menstrual abundante asociado con leiomiomas uterinos (miomas) en una paciente premenopáusica: la paciente aún no ha recibido 24 meses o más de tratamiento con cualquier medicamento que contenga elagolix.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 12 meses, máximo de 24 meses en total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ORILISSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ORILISSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el dolor de moderado a intenso asociado con la endometriosis: la paciente aún no ha recibido un tratamiento de 24 meses o más con ningún medicamento que contenga elagolix.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 12 meses, máximo de 24 meses en total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ORKAMBI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ORKAMBI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis quística (FQ): el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 año de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ORLADEYO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ORLADEYO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la profilaxis de ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (AEH):<br>1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ORSERDU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ORSERDU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama recurrente positivo para receptor hormonal y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Cáncer de mama: 1) la enfermedad es positiva para el receptor de estrógeno (RE), negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) y con mutación de ESR1; Y 2) la paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y la paciente tiene evolución de la enfermedad después de al menos una línea de tratamiento endócrino; O b) la enfermedad no tuvo respuesta al tratamiento sistémico preoperatorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OXAZEPAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OXAZEPAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para todas las indicaciones: La persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: el uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que se evita mejor, se receta en dosis reducidas o se usa con precaución o se controla cuidadosamente). Para el manejo de trastornos de ansiedad, ansiedad asociada con la depresión y el manejo de ansiedad, tensión, agitación e irritabilidad en pacientes mayores: 1) El medicamento solicitado se utiliza en simultáneo con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) hasta que el SSRI/SNRI sea efectivo para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad; O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a AL MENOS DOS fármacos de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI); b) inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Alivio a corto plazo de la ansiedad durante 1 mes; trastorno de ansiedad durante 4 meses; síndrome de abstinencia alcohólica: año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OXERVATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OXERVATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 8 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OXICONAZOL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OXISTAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a lo siguiente: 1) crema de clotrimazol Y 2) crema o champú de ketoconazol.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OXLUMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OXLUMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hiperoxaluria primaria de tipo 1 (primary hyperoxaluria type 1, PH1): el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba genética molecular que muestra una mutación en el gen alanina:glioxilato aminotransferasa (AGXT) o un análisis de enzimas hepáticas que demuestra actividad de alanina:glioxilato aminotransferasa (AGT) ausente o significativamente reducida. Para la PH1 (continuación): el paciente experimentó niveles reducidos o normalizados de cualquiera de los siguientes desde que comenzó el tratamiento: 1) oxalato urinario, 2) oxalato plasmático. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OXTELLAR XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OXCARBAZEPINE ER, OXTELLAR XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri (si tiene 18 años o más), Spritam. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | OZEMPIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OZEMPIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PADCEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PADCEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se utilizará para el tratamiento de cualquiera de los siguientes: 1) carcinoma urotelial localmente avanzado, recurrente o metastásico; O 2) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recurrente o crónico.                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PALFORZIA                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PALFORZIA DOSIS INICIAL ES, PALFORZIA NIVEL 1, PALFORZIA NIVEL 10, PALFORZIA NIVEL 11 (MANTENIMIENTO), PALFORZIA NIVEL 11 (AJUSTE DE DOSIS, PALFORZIA NIVEL 2, PALFORZIA NIVEL 3, PALFORZIA NIVEL 4, PALFORZIA NIVEL 5, PALFORZIA NIVEL 6, PALFORZIA NIVEL 7, PALFORZIA NIVEL 8, PALFORZIA NIVEL 9) |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Asma no controlada. Antecedentes de esofagitis eosinofílica. Otra enfermedad gastrointestinal eosinofílica.                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Fase de aumento de dosis y fase de mantenimiento del tratamiento: 1 año de edad o más. Aumento escalonado de la dosis inicial: de 1 a 17 años de edad.                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PALYNZIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PALYNZIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PANRETIN                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PANRETIN                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PAROXETINE SUSP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PAROXETINE HYDROCHLORIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., cápsulas, comprimidos).                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PAVBLU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PAVBLU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PEGASYS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PEGASYS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis sintomática de menor riesgo); mastocitosis sistémica; leucemia/linfoma de linfocitos T adultos; micosis fungoide/síndrome de Sézary; trastornos linfáticoproliferativos cutáneos primarios de linfocitos T CD30+; tricoleucemia; enfermedad de Erdheim-Chester; tratamiento inicial durante el embarazo por leucemia mieloide crónica. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hepatitis C crónica: virus de la hepatitis C (VHC) confirmado por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento y el régimen de tratamiento previsto.                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | VHC: de 12 a 48 semanas. VHB: 48 semanas. Otro: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PEMAZYRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PEMAZYRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PERJETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PERJETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2); cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes de las glándulas salivales positivo para HER2; metástasis cerebral por cáncer de mama positivo para HER2; tipos de cáncer hepatobiliares irresecables o metastásicos positivos para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático).                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF, Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con trastuzumab Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para los tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2, metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2 y el cáncer hepatobiliar positivo para HER2 irresecable o metastásico (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático): el medicamento solicitado se utiliza en combinación con trastuzumab. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PHENYLBUTYRATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BUFENILO, OLPRUVA, FEBURANO, FENILBUTIRATO DE SODIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para trastornos del ciclo de la urea (urea cycle disorders, UCD): el diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PHESGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PHESGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PIASKY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PIASKY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (glycosylphosphatidylinositol-anchored proteins, GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva a la terapia. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PIMECROLIMUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ELIDEL, PIMECROLIMÚS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Psoriasis en la cara, los genitales o los dobleces de la piel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la dermatitis atópica (eczema) de leve a moderada: el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o dobleces de la piel); O 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un fármaco terapéutico de primera línea (p. ej., corticoesteroide tópico de potencia media o alta). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se receta para el uso crónico a corto plazo o no continuo. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PIQRAY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PIQRAY 200MG DAILY DOSE, PIQRAY 250MG DAILY DOSE, PIQRAY 300MG DAILY DOSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama recurrente positivo para receptor hormonal (RH) y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), con mutación de PIK3CA en combinación con fulvestrant.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PLEGRIDY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PLEGRIDY, PAQUETE INICIAL DE PLEGRIDY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | POLIVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | POLIVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Transformación histológica de los linfomas indolentes para difundir los linfomas de linfocitos B grandes; trastornos linfáticoproliferativos monomórficos posteriores al trasplante (tipo de linfocitos B); linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (linfoma difuso de linfocitos B grandes relacionado con el VIH; derrame linfomatoso primario; linfoma difuso de linfocitos B grandes positivo para el virus del herpes humano 8 [VHH8], no especificado de otro modo, y linfoma plasmoblasto relacionado con el VIH) y linfoma folicular. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | POMALYST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | POMALYST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente, linfoma del sistema nervioso central (SNC) primario, síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el mieloma múltiple, el paciente recibió al menos dos tratamientos previos, incluido un agente inmunomodulador Y un inhibidor de la proteasoma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | POMBILITI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | POMBILITI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Pompe de inicio tardío: 1) El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una insuficiencia de la actividad enzimática de la alfa-glucosidasa ácida (AGA) 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 (ERT) actual. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PONVORY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PONVORY, PONVORY PAQUETE INICIAL DE 14 DÍAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | POSACONAZOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NOXAFIL, POSACONAZOL DR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Tratamiento de aspergilosis invasiva: 13 años de edad o más; profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Candida: 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | POTELIGEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | POTELIGEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PREGABALIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LYRICA, PREGABALINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Dolor neuropático relacionado con el cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el manejo de la neuralgia posherpética, el manejo del dolor neuropático asociado con la neuropatía diabética periférica: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la gabapentina.                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PREVYMIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PREVYMIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV) en un trasplante de células madre hematopoyéticas (hematopoietic stem cell transplant, HSCT): 1) el paciente es seropositivo para CMV; Y 2) es receptor de un HSCT alogénico. Para la profilaxis de la enfermedad por CMV en el trasplante de riñón: 1) el paciente es seronegativo para CMV; Y 2) es un receptor de alto riesgo de trasplante de riñón. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 7 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PRILOSEC EN POLVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PRILOSEC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento y prevención de la úlcera gastrointestinal no esteroidea inducida por medicamentos antiinflamatorios, estenosis esofágicas, dispepsia, tratamiento de mantenimiento de úlceras duodenales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PROCRIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PROCRIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Anemia debido a síndromes mielodisplásicos (MDS), anemia en la artritis reumatoidea (AR), anemia debido al tratamiento de la hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Los requisitos con respecto a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) para todos los usos, excepto para la anemia debido a la quimioterapia o al síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20 %); Y 2) para todos los usos excepto la cirugía: la hemoglobina es inferior a 10 g/dl antes del tratamiento (sin un tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior); Y 3) para el MDS: el nivel de eritropoyetina sérica previo al tratamiento es de 500 unidades internacionales/l o menos. Para las nuevas autorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos excepto cirugía: 1) el paciente recibió al menos 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina; Y 2) respondió al tratamiento con eritropoyetina; Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl; Y 4) para todos los usos excepto la anemia debido a la quimioterapia o MDS: el paciente tiene depósitos de hierro suficientes (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] superior o igual al 20 %). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 16 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | La cobertura incluye el uso en anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. La cobertura de la Parte D se rechazará si la cobertura está disponible en virtud de la Parte A o la Parte B, ya que el medicamento se receta y entrega o suministra para el individuo (p. ej., se utiliza para el tratamiento de la anemia en un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona del suministro médico como parte de un servicio médico).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PROCYSBI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PROCYSBI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la cistinosis nefropática: 1) El diagnóstico se confirmó por ALGUNA de las siguientes situaciones: a) la presencia de mayores concentraciones de cistina en los leucocitos; O b) pruebas genéticas; O c) demostración de cristales de cistina corneales mediante examen con lámpara de hendidura; Y 2) el paciente experimentó una intolerancia a un tratamiento previo con Cystagon (bitartrato de cisteamina de absorción rápida).                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 año de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PULMOZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PULMOZYME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PYRUKYND                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PYRUKYND, PAQUETE DE DISMINUCIÓN GRADUAL DE PYRUKYND                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la anemia hemolítica en un paciente con deficiencia de piruvato cinasa (pyruvate kinase, PK): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra insuficiencia de la actividad de la enzima PK o mediante pruebas genéticas. Para anemia hemolítica en un paciente con insuficiencia de PK (continuación del tratamiento): El paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva (p. ej., mejora en los niveles de hemoglobina, reducción en las transfusiones de sangre). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 7 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | PYZCHIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PYZCHIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 experimentó una respuesta insuficiente 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])). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | QELBREE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | QELBREE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA); Y 2) será monitoreado de cerca para detectar pensamientos o comportamientos suicidas, empeoramiento clínico y cambios inusuales en el comportamiento; Y 3) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para atomoxetina O dificultad para tragar cápsulas orales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | QINLOCK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | QINLOCK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST) para enfermedad residual, irresecable, recurrente, progresiva o con rotura tumoral. Melanoma cutáneo metastásico o irresecable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para tumor del estroma gastrointestinal (GIST) residual, irresecable, avanzado, recurrente/metastásico, progresivo o con rotura tumoral: 1) el paciente recibió tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la cinasa, incluido imatinib; O 2) experimentó evolución de la enfermedad después del tratamiento con avapritinib y dasatinib; O 3) recibió tratamiento previo con imatinib y es intolerante a la segunda línea de sunitinib. Para el melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable; Y 2) es positiva para mutaciones que activan el gen KIT; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior; Y 4) el paciente presentó evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | QUETIAPINE XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FUMARATO DE QUETIAPINA ER, SEROQUEL XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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, la persona que receta 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 insuficiente 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 insuficiente 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 insuficiente 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 insuficiente al tratamiento o intolerancia a la quetiapina de liberación inmediata. Para el tratamiento complementario del trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, olanzapina, quetiapina de liberación inmediata. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | QUININE SULFATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | QUININE SULFATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Babesiosis, malaria por Plasmodium vivax sin complicaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la babesiosis: el medicamento solicitado se utiliza en combinación con clindamicina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | QULIPTA                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | QULIPTA                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió al menos 3 meses de tratamiento con el medicamento solicitado y experimentó menos días con migraña al mes con respecto al inicio.                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 3 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | QUTENZA                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | QUTENZA                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la neuralgia posherpética (PHN) y la neuropatía diabética periférica (DPN) de los pies: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento luego de un mes de gabapentina genérica o tiene una intolerancia o contraindicación para gabapentina. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | QUZYTIR                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | QUZYTIR                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 meses de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 semanas                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RADICAVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | EDARAVONA, RADICAVA, RADICAVA ORS, RADICAVA ORS PAQUETE INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): 1) El diagnóstico se clasifica como ELA definitiva o probable, Y 2) solo para inicios nuevos: El paciente tiene puntuaciones de al menos 2 puntos en las 12 áreas de la escala revisada de valoración funcional de la ELA (ALS Functional Rating Scale, ALSFRS-R). Para la continuación del tratamiento para la ELA: Hay un beneficio clínico del tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RAGWITEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RAGWITEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Asma grave, inestable o no controlada. Antecedentes de cualquier reacción alérgica sistémica grave o cualquier reacción local grave a la inmunoterapia sublingual con alérgenos. Antecedentes de esofagitis eosinofílica.                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | De los 5 a los 65 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un alergista o inmunólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RALDESY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RALDESY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente no puede tragar comprimidos de trazodone.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RAVICTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RAVICTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para trastornos del ciclo de la urea (urea cycle disorders, UCD): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REBLOZYL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REBLOZYL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la anemia con talasemia beta o anemia en síndromes mielodisplásicos o neoplasia mielodisplásica/mieloproliferativa, el paciente cumple con lo siguiente: Para inicios nuevos, el paciente tiene un diagnóstico de anemia evidenciado por un nivel de hemoglobina antes del tratamiento o antes de la transfusión inferior o igual a 11 gramos por decilitro (g/dl). Para la continuación del tratamiento, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) tiene un nivel de hemoglobina antes de la dosis inferior o igual a 11 g/dl (el nivel de hemoglobina actual o actual antes de la transfusión debe considerarse para fines de dosificación) o la persona que emite la receta acepta suspender la dosis hasta que el nivel de hemoglobina disminuya a 11 g/dl o menos; 2) el paciente debe lograr o mantener una reducción de la carga de transfusiones 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. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Para la talasemia beta: 16 semanas. Para síndromes mielodisplásicos: 24 semanas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REBYOTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REBYOTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) El diagnóstico de CDI se ha confirmado mediante una prueba de heces positiva para la toxina C. difficile o C. difficile toxigénica; Y 2) el medicamento solicitado se administrará de 24 a 72 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recurrente. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RECORLEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RECORLEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REGRANEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REGRANEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 20 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RELISTOR INJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RELISTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso, incluido el dolor crónico relacionado con el cáncer anterior o su tratamiento que no requiere un aumento frecuente (p. ej., semanal) de la dosis de opioides: 1) el paciente no puede tolerar medicamentos orales, O 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: A) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso (p. ej., Movantik), O B) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de un medicamento oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no canceroso (p. ej., Movantik). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 4 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | COMPRIMIDOS DE RELISTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RELISTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 4 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RENFLEXIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RENFLEXIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Síndrome de Behcet; hidradenitis supurativa; artritis idiopática juvenil; piodermia gangrenosa; sarcoidosis; arteritis de Takayasu; uveítis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 experimentó intolerancia o contraindicación al MTX Y a la leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondiloartritis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un 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 experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento 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 tratamiento 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). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | Para la hidrosadenitis supurativa (solo de inicio nuevo): El paciente tiene enfermedad grave resistente. Para la uveítis (solo de inicio nuevo): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación cuando probó un tratamiento inmunodepresor para la uveítis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REPATHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REPATHA, REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM, REPATHA SURECLICK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RETEVMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RETEVMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo para el reordenamiento recurrente del gen RET, metástasis cerebral del NSCLC positivo para fusión RET, histiocitosis de células de Langerhans con fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/resistente con fusión del gen RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/resistente con fusión del gen RET, cáncer primario oculto con fusión del gen RET, tumores sólidos con fusión del gen RET para enfermedad recidivante                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el paciente debe cumplir con todos estos requisitos: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) el tumor es positivo para fusión del gen RET o positivo para reordenamiento del RET. Para tumores sólidos, el paciente debe cumplir con todos los siguientes requisitos: 1) la enfermedad es recurrente, crónica, progresiva, irresecable, localmente avanzada o metastásica; 2) el paciente ha evolucionado durante o después de un tratamiento sistémico previo o no tiene opciones de tratamiento alternativas satisfactorias; Y 3) el tumor es positivo para fusión del gen RET. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REVCOVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REVCOVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REVLIMID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LENALIDOMIDA, REVLIMID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Amiloidosis sistémica de cadena ligera, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin la anomalía citogenética de eliminación 5q, anemia asociada a la mielofibrosis, síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel), neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Rosai-Dorfman, linfomas de células T periféricas que no se especifican de otro modo, linfoma de células T angioinmunoblástico (AITL), linfoma de células T estimulado por enteropatía, linfoma de células T intestinales epiteliales monomórficas, linfoma de células T periféricas nodales, leucemia/linfoma de células T en adultos, linfoma de células T hepatoesplénicas, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), leucemia linfocítica crónica (chronic lymphocytic Leukemia, CLL)/linfoma linfocítico pequeño (small lymphocytic lymphoma, SLL), linfomas de células B relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastorno linfáticoproliferativo monomórfico posterior al trasplante, linfoma difundible de células B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el síndrome mielodisplásico (MDS): el paciente tiene un MDS de menor riesgo con anemia sintomática según el Sistema internacional revisado de puntuación de pronóstico (Revised International Prognostic Scoring System, IPSS-R), el Sistema internacional de puntuación de pronóstico (Prognostic Scoring System, IPSS) o el Sistema internacional de puntuación de pronóstico basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization classification-based Prognostic Scoring System, WPSS).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REVUFORJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REVUFORJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REZDIFFRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REZDIFFRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la esteatohepatitis no alcohólica (Nonalcoholic Steatohepatitis, NASH) no cirrótica (inicial): el paciente tiene fibrosis hepática de moderada a avanzada (congruente con las etapas F2 a F3) al inicio, que se confirmó mediante biopsia hepática o elastografía por resonancia magnética (Magnetic Resonance Elastography, MRE). Para la NASH (continuación): El paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (por ejemplo, mejora en la función hepática, como reducción de la alanina aminotransferasa [ALT], reducción del contenido de grasa hepática mediante imágenes, como resonancia magnética-fracción de grasa de densidad de proteínas [Magnetic Resonance Imaging-Protein Density Fat Fraction, MRI-PDFF] o FibroScan, con efecto de atenuación controlada [Controlled Attenuation Parameter, CAP]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un hepatólogo o gastroenterólogo, o en consulta con estos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REZLIDHIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REZLIDHIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | REZUROCK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REZUROCK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RINVOQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RINVOQ, RINVOQ LQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | <p>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 insuficiente 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 de moderada a gravemente activa (inicios nuevos únicamente): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente 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 enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (inicio nuevo únicamente): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente 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 dermatitis atópica (solo de inicio nuevo): 1) el paciente tiene enfermedad recidivante, de moderada a grave; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con al menos otro producto farmacológico sistémico, incluidos los biológicos, o el uso de estos tratamientos no es aconsejable. Para la dermatitis atópica (continuación del tratamiento): el paciente logró o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la espondilitis anquilosante activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente 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): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del TNF.</p> <p>Dermatitis atópica: 12 años o más</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Dermatitis atópica (inicial): 4 meses, todos los demás: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | Para la artritis idiopática juvenil poliarticular activa (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente 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]).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RIVFLOZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RIVFLOZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hiperoxaluria primaria de tipo 1 (primary hyperoxaluria type 1, PH1): el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba genética molecular que muestra una mutación en el gen alanina:glioxilato aminotransferasa (AGXT) o un análisis de enzimas hepáticas que demuestra actividad de alanina:glioxilato aminotransferasa (AGT) ausente o significativamente reducida. Para la PH1 (continuación): el paciente ha experimentado niveles reducidos o normalizados de oxalato urinario desde el comienzo del tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ROMVIMZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ROMVIMZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ROZLYTREK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ROZLYTREK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón recidivante de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo para ROS1, tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de tirosina cinasa neurotrófico (neurotrophic tyrosine receptor kinase, NTRK) no metastáticos, tratamiento de primera línea de tumores sólidos positivos para fusión del gen NTRK, melanoma cutáneo positivo para fusión del gen ROS1                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para todos los tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de tirosina cinasa (NTRK) neurotrófico: la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas positivo para ROS1: el paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica.                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RUBRACA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RUBRACA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leiomiomas uterinos, adenocarcinoma del páncreas, cáncer epitelial de ovario avanzado (estadio II-IV), cáncer de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación deletérea del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (línea germinal o somática): 1) el paciente ha sido tratado con terapia dirigida al receptor de andrógenos, Y 2) el paciente ha sido tratado con una quimioterapia a base de taxano o el paciente no es apto para quimioterapia, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para el tratamiento de mantenimiento del cáncer de ovario, de trompas de Falopio y peritoneal primario con mutación de BRCA: 1) la paciente tiene enfermedad avanzada (estadio II-IV) y está en respuesta completa o parcial al tratamiento primario, O 2) la paciente tiene enfermedad recurrente y está en respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en un medicamento con base de radiación. Para el leiomioma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea Y 2) la paciente tiene enfermedad con alteración de BRCA. Para el adenocarcinoma de páncreas: 1) el paciente tiene enfermedad metastásica, Y 2) tiene mutaciones somáticas o de línea germinal en los genes BRCA o PALB-2. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RUCONEST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RUCONEST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de ataques agudos debido a angioedema hereditario (AEH): 1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y uno de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RYBELSUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RYBELSUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RYBREVANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RYBREVANT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente con enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR)                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante.                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RYDAPT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RYDAPT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o resistente, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos de FGFR1 o FLT3, tratamiento posterior a la inducción para la AML, reinducción de la enfermedad residual para la AML                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide aguda (AML): la AML es positiva para la mutación de la tirosina cinasa 3 (FLT3) similar a la FMS. Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos del receptor del factor de crecimiento fibroblástico de tipo 1 (FGFR1) o FLT3: la enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RYKINDO                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RYKINDO                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Se ha establecido la tolerabilidad con risperidone oral.                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RYLAZE                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RYLAZE                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma extraganglionar de linfocitos T citolíticos naturales (natural killer, NK) (extranodal natural killer/T-cell lymphoma, ENKTL) de tipo nasal; leucemia agresiva de linfocitos NK (aggressive NK-cell leukemia, ANKL)                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RYSTIGGO                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RYSTIGGO                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | RYTELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RYTELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para los nuevos inicios, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el paciente no ha respondido, ha perdido respuesta o no es elegible para recibir fármacos estimulantes de la eritropoyesis (erythropoiesis-stimulating agents, ESA); Y 2) el paciente ha estado recibiendo transfusiones regulares de glóbulos rojos, definidas como 4 unidades o más por 8 semanas. Para la continuación del tratamiento, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el paciente debe lograr o mantener una reducción de la carga de transfusión de glóbulos rojos, Y 2) no debe experimentar una toxicidad inaceptable con respecto al medicamento solicitado. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 24 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SAMSCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SAMSCA, TOLVAPTAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | El tratamiento con el medicamento solicitado se inició (o se reinició) en el hospital.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 30 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SANDOSTATINA LAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OCTREOTIDE ACETATE, SANDOSTATIN LAR DEPOT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Control del tumor de las siguientes indicaciones: timomas y carcinomas tímicos; tumores neuroendocrinos (NET) (incluidos tumores del páncreas, el tracto gastrointestinal, el pulmón, el timo, gastrinoma primario no resecado, NET de grado 3 bien diferenciados con biología favorable, feocromocitoma y paraganglioma); y meningiomas                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la acromegalia, inicial: 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: el nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SAPHNELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SAPHNELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Para los pacientes que recién comienzan el tratamiento: nefritis lúpica activa grave y lupus del sistema nervioso central activo grave.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el lupus eritematoso diseminado (systemic lupus erythematosus, SLE) de moderado a grave: 1) el paciente actualmente recibe un régimen estable de tratamiento estándar para el SLE (p. ej., corticoesteroides, antipalúdicos o AINE); O 2) el paciente experimentó intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento de referencia para el SLE.                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SAPROPTERIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | JAVYGTOR, KUVAN, SAPROPTERIN DIHYDROCHLORI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fenilcetonuria (phenylketonuria, PKU): para los pacientes que aún no han recibido un ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina del paciente previo al tratamiento (incluido antes del manejo de la dieta) es superior a 6 mg/dl (360 micromol/l). Para los pacientes que completaron un ensayo terapéutico del medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejora (p. ej., reducción de los niveles de fenilalanina en sangre, mejora de los síntomas neuropsiquiátricos). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 2 meses; todos los demás: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SARCLISA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SARCLISA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SAVELLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SAVELLA, PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE SAVELLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibromialgia: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para duloxetine o pregabalina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SCEMBLIX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SCEMBLIX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasias mieloides o linfáticas con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML) en la fase crónica: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: A) el paciente tiene un diagnóstico reciente de CML y tiene resistencia o intolerancia al imatinib, al dasatinib o al nilotinib; O B) el paciente ha tratado previamente la CML Y al menos uno de los tratamientos anteriores fue con imatinib, dasatinib o nilotinib; O C) el paciente tiene la mutación T315I; Y 3) el paciente no tiene las siguientes mutaciones: A337T, P465S.                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SEROSTIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SEROSTIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con deterioro progresivo o caquexia: 1) El medicamento solicitado se utiliza en combinación con terapia antirretroviral Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes: a) ha tenido una respuesta subóptima a al menos otro tratamiento para el deterioro progresivo o la caquexia (p. ej., megestrol, dronabinol, ciproheptadina o tratamiento de testosterona si es hipogonadal); b) el paciente tiene una contraindicación o intolerancia a tratamientos alternativos. Para la continuación del tratamiento: El paciente debe haber demostrado una respuesta al tratamiento con el medicamento solicitado (es decir, el índice de masa corporal [IMC] ha aumentado o se ha estabilizado). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 12 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SIGNIFOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SIGNIFOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SIGNIFOR LAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SIGNIFOR LAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la acromegalia, tratamiento inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: el nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SILDENAFIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REVATIO, SILDENAFIL CITRATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para PAH, únicamente inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) si la solicitud es para un adulto, resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood.         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | INYECCIÓN DE SILDENAFILO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REVATIO, SILDENAFILO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para PAH, únicamente inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) si la solicitud es para un adulto, resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | El paciente estaba recibiendo previamente Revatio o sildenafil por vía oral, pero ahora no puede tomar medicamentos orales por un tiempo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SIRTURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SIRTURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SKYCLARYS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SKYCLARYS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la ataxia de Friedreich (Friedreich's ataxia, FRDA): 1) El paciente tiene una mutación genética confirmada en el gen de la frataxina (FXN), Y 2) el paciente está exhibiendo manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., debilidad muscular, disminución de la coordinación, caídas frecuentes). Para la FRDA, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 16 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un médico que se especializa en la ataxia de Friedreich o un neurólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SKYRIZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SKYRIZI, SKYRIZI PEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 experimentó una respuesta insuficiente 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]).                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SKYTROFA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SKYTROFA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Pacientes pediátricos con epífisis cerradas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la deficiencia de la hormona del crecimiento (growth hormone deficiency, GHD) pediátrica, inicial: A) El paciente (pt) cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) es menor de 2.5 años con estatura (ht) previa al tratamiento (pre-tx) de más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media y la velocidad de crecimiento lenta; O 2) 2.5 años o más Y uno de los siguientes: a) velocidad de ht de 1 año pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media; O b) ht pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media y velocidad de ht de 1 SD por debajo de la media, Y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) fracaso de 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (growth hormone, GH) previas al tratamiento (pico inferior a 10 ng/ml); O 2) trastorno de la hipófisis/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-tx de más de 2 SD por debajo de la media; O B) se diagnosticó al paciente con GHD cuando era recién nacido. Para la GHD pediátrica, continuación del tratamiento: El paciente experimenta una mejora. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 año de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SOGROYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SOGROYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: Paciente pediátrico con epífisis cerradas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la GHD de adultos: El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) fracaso de 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento; O 2) factor de crecimiento 1 similar a la inulina (IGF-1) previo al tratamiento más de 2 SD por debajo de la media Y fracaso de 1 prueba de estimulación de la GH previa al tratamiento; O 3) enfermedad hipotalámica-hipofisaria orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 o más deficiencias hormonales hipofisarias Y IGF-1 pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media; O 4) defectos hipotalámicos-hipofisarios genéticos o estructurales; O 5) GHD de inicio en la infancia con anomalías congénitas (genéticas o estructurales) del hipotálamo/hipofisario/SNC.                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: 2.5 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | Para la deficiencia de la hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: 1) El paciente (pt) tiene velocidad de altura (ht) 1 año previa al tratamiento (pre-tx) más de 2 desviaciones estándar (SD) por debajo de la media O una ht pre-tx de más de 2 SD por debajo de la media y una velocidad de ht de 1 año más de 1 SD por debajo de la media Y el pt cumple con cualquiera de los siguientes: a) 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento fallidas (pico inferior a 10 ng/ml), b) trastorno de la hipófisis/sistema nervioso central (CNS) (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) pre-tx más de 2 SD por debajo de la media O 2) al pt se le diagnosticó GHD cuando era recién nacido. Para la GHD pediátrica y adulta, continuación de la terapia: El paciente experimenta una mejora. |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SOLIRIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SOLIRIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH) (inicial): 1) el diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una deficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la deficiencia de GPI-AP. Para la PNH (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente (pt) ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el síndrome urémico hemolítico atípico (atypical hemolytic uremic syndrome, aHUS) (inicial): la enfermedad no es causada por la Escherichia coli productora de la toxina Shiga. Para la aHUS (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para la miastenia grave generalizada (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SOMATULINE DEPOT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LANREOTIDE ACETATE, SOMATULINE DEPOT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Control del tumor de tumores neuroendocrinos (neuroendocrine tumors, NET) (incluidos tumores de pulmón, timo, NET de grado 3 bien diferenciados que no sean de origen gastroenteropancreático con biología favorable y feocromocitoma/paraganglioma)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la acromegalia, inicial: 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: el nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SOMAVERT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SOMAVERT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la acromegalia, inicial: 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) previo al tratamiento para la edad o el sexo según el rango de referencia del laboratorio; Y 2) tuvo una respuesta insuficiente o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: el nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SOTYKTU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SOTYKTU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 experimentó una respuesta insuficiente 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]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SPEVIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SPEVIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SPRAVATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DOSIS DE 56MG DE SPRAVATO, DOSIS DE 84MG DE SPRAVATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento inicial para la depresión resistente al tratamiento (treatment-resistant depression, TRD): 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de evaluación estandarizadas que miden de forma fiable los síntomas depresivos (p. ej., inventario de la depresión de Beck [Beck's Depression Inventory, BDI], escala de Hamilton para la evaluación de la depresión [Hamilton Depression Rating Scale, HDRS], Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión [Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS], etc.); Y 2) respuesta inadecuada con una dosis terapéutica de, o intolerancia a, al menos dos fármacos antidepresivos durante el episodio depresivo actual. Para la TRD, continuación del tratamiento: mejora o mejora sostenida con respecto al inicio de los síntomas depresivos, según lo evidencian las escalas de evaluación estandarizadas que miden de forma fiable los síntomas depresivos. Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD) con pensamientos o comportamientos suicidas agudos: 1) Diagnóstico confirmado de trastorno depresivo grave (episodio único o recurrente) mediante escalas de calificación estandarizadas que miden los síntomas depresivos (p. ej., inventario de la depresión de Beck [Beck's Depression Inventory, BDI], escala de Hamilton para la evaluación de la depresión [Hamilton Depression Rating Scale, HDRS], Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión [Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS], etc.); Y 2) el paciente usará el medicamento solicitado en combinación con un antidepresivo oral. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | TRD inicial: 3 meses; TRD continuación: Año del plan; MDD: 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SPRYCEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DASATINIB, SPRYCEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condrosarcoma metastásico o generalizado, cordoma recidivante, leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T (ALL) y ALL de células B similar a Filadelfia (Ph), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o fase blástica, melanoma cutáneo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (Ph) o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa: el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), el paciente tiene un diagnóstico de uno de los siguientes: 1) ALL positiva para el cromosoma Filadelfia, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico que se confirmó mediante la detección del cromosoma Ph o el gen BCR-ABL Y, si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L; O 2) B-ALL similar a Ph con fusión de cinasa de clase ABL; O 3) ALL de linfocitos T con translocación de clase ABL recidivante o resistente. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) el paciente cumple todos los siguientes criterios: A) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/con rotura tumoral; B) el paciente ha recibido tratamiento previo con avapritinib; Y C) el paciente es positivo para mutaciones del exón 18 del receptor del factor de crecimiento de reemplazo plaquetario alfa (platelet-derived growth factor receptor alpha, PDGFRA). Para el melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable; 2) la enfermedad es positiva para mutaciones que activan c-KIT; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior; Y 4) el paciente ha tenido evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | STELARA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | STELARA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 experimentó una respuesta insuficiente 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]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | STIVARGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | STIVARGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Osteosarcoma; glioblastoma; angiosarcoma; sarcoma de tejido blando retroperitoneal/intraabdominal; rabdomiosarcoma; sarcomas de tejido blando de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello; adenocarcinoma apendicular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer colorrectal: 1) la enfermedad es avanzada o metastásica, Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a Lonsurf (trifluridina/tipiracilo).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | STRENSIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | STRENSIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la hipofosfatasa de inicio perinatal/infantil y juvenil: 1) El paciente tiene signos o síntomas clínicos de hipofosfatasa (p. ej., hipomineralización generalizada con características raquílicas, deformidades torácicas y fracturas de costillas, problemas respiratorios, hipercalcemia, no prosperar, dolor óseo/de articulaciones, convulsiones); Y 2) el inicio de la enfermedad fue perinatal/infantil o juvenil; Y 3) el diagnóstico se confirmó por la presencia de mutaciones en el gen ALPL según lo detectado por pruebas genéticas moleculares ALPL O el diagnóstico se respaldó por TODOS los siguientes: a) imágenes radiográficas que demuestren anomalías esqueléticas (p. ej., raquitismo infantil, pérdida de hueso alveolar, defectos óseos focales de las metáfisis, fracturas por estrés metatarsiano); b) nivel bajo de fosfatasa alcalina (alkaline phosphatase, ALP) en suero, según lo definido por el rango de referencia específico de género y edad del laboratorio que realiza la prueba; y c) nivel elevado de sustrato de fosfatasa alcalina no específica de tejido (tissue-nonspecific alkaline phosphatase, TNALP) (es decir, nivel sérico de piridoxal 5'-fosfato [pyridoxal 5'-phosphate, PLP], nivel de fosfoetanolamina [phosphoethanolamine, PEA] en suero u orina, nivel urinario inorgánico de pirofosfato [inorganic pyrophosphate, PPI]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SUCRAID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SUCRAID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la deficiencia congénita de sacarasa-isomaltasa: 1) El diagnóstico se confirmó mediante biopsia del intestino delgado, O 2) el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SUNOSI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SUNOSI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la somnolencia excesiva durante el día asociada con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico confirmado mediante una evaluación de análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para la somnolencia excesiva durante el día asociada con apnea del sueño obstructiva (obstructive sleep apnea, OSA), solicitud inicial: 1) El diagnóstico confirmado mediante una polisomnografía; Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Si la solicitud es para la continuación del tratamiento, el paciente experimentó una disminución en la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución en la somnolencia diurna con apnea obstructiva del sueño (OSA). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SUSVIMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SUSVIMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo o en consulta con este.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SUTENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SUNITINIB MALATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Carcinoma tiroideo (folicular, medular, papilar y oncocítico); sarcoma de tejidos blandos (subtipos de angiosarcoma, tumor fibroso solitario y sarcoma alveolar de partes blandas); cordoma recurrente; carcinoma tímico; neoplasias linfoides o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica; feocromocitoma; paraganglioma; tumores neuroendocrinos bien diferenciados de grado 3 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma de células renales (renal cell carcinoma, RCC): 1) la enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV; O 2) el medicamento solicitado se está utilizando como tratamiento adyuvante para pacientes con alto riesgo de RCC recurrente después de una nefrectomía.                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SYFOVRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SYFOVRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SYMDEKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SYMDEKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SYMLIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SYMLINPEN 120, SYMLINPEN 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SYMPAZAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SYMPAZAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (Lennox-Gastaut syndrome, LGS): 2 años o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | SYNAREL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SYNAREL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la pubertad precoz central (central precocious puberty, CPP): los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) el diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (gonadotropin releasing hormone, GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (HL) de tercera generación; Y 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP; Y 3) la aparición de características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años de edad para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años de edad para los pacientes de sexo masculino. Para el manejo de endometriosis: la paciente aún no ha recibido 6 meses o más de tratamiento con el medicamento solicitado. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | CPP: el paciente debe tener menos de 12 años de edad si es mujer y menos de 13 si es hombre. Endometriosis: 18 años de edad o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TABRECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TABRECTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante, NSCLC con intensificación de transición epitelial mesenquimatoso (mesenchymal-epithelial transition, MET) de alto nivel, metástasis cerebral del sistema nervioso central (SNC) del NSCLC con mutación del exón 14 de MET                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico: el tumor es positivo para la mutación de omisión del exón 14 de la transición epitelial mesenquimatoso (MET).                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TADALAFIL (BPH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | CIALIS, TADALAFILO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Disfunción eréctil.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hiperplasia prostática benigna (benign prostatic hyperplasia, BPH): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a ambos de los siguientes: 1) alfabloqueador, 2) inhibidor de la 5-alfa reductasa (5-ARI).                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 26 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TADALAFIL (PAH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ADCIRCA, ALYQ, TADALAFILO, TADLIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para PAH, únicamente inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TAFINLAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TAFINLAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único o en combinación con trametinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; b) tratamiento sistémico adyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) el tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único en combinación con trametinib. Para el carcinoma tiroideo papilar, folicular y oncocítico: 1) el tumor es positivo para V600E del gen BRAF; Y 2) la enfermedad no es tributaria de tratamiento con yodo radiactivo (radioactive iodine, RAI); Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: la enfermedad es positiva para una mutación V600E del gen BRAF. Para tumores sólidos: 1) el tumor es positivo para una mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TAGRISSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TAGRISSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante y positivo del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante, metástasis cerebral por NSCLC positivo para la mutación EGFR sensibilizante, metástasis leptomeningea por NSCLC positivo con mutación EGFR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes entornos: 1) el paciente cumple con ambos de los siguientes criterios: a) tiene NSCLC irresecable, metastásico, avanzado o recurrente (incluida metástasis cerebral o leptomeningea del NSCLC); y b) tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR) sensibilizante; O 2) el paciente cumple con ambos de los siguientes criterios: a) la solicitud es para el tratamiento complementario del NSCLC después de la extirpación del tumor; y b) el paciente tiene enfermedad positiva para la mutación del EGFR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TAKHZYRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TAKHZYRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la profilaxis de ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (AEH):<br>1) el paciente tiene AEH con insuficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada por análisis de laboratorio; O 2) el paciente tiene AEH con un inhibidor de C1 normal confirmado por análisis de laboratorio y cualquiera de los siguientes: a) el paciente dio positivo en la prueba de F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, kininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mutación del gen de mioferlina (MYOF); b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema que fue resistente a una prueba de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TALZENNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TALZENNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama recurrente con mutación hereditaria del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TARGRETIN TOPICAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BEXAROTENO, TARGRETINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS); leucemia/linfoma de linfocitos T crónica o latente en adultos (chronic or smoldering adult T-cell leukemia/lymphoma, ATLL); linfoma de zona marginal cutánea primaria; linfoma de centro folicular cutáneo primario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TARPEYO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TARPEYO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para pacientes con nefropatía por inmunoglobulina A (immunoglobulin A nephropathy, IgAN) primaria con riesgo de evolución 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). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 10 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TASCENSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TASCENSO ODT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TASIGNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | NILOTINIB HYDROCHLORIDE, TASIGNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL); tumor del estroma gastrointestinal (GIST); neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o la fase blástica; sinovitis vellonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinoviales; melanoma cutáneo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide crónica (chronic myeloid leukemia, CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o el gen BCR-ABL; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos 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; Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente/progresiva o metastásica/con rotura tumoral, Y 2) la enfermedad ha evolucionado con al menos 2 tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el melanoma cutáneo: 1) la enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones que activan c-KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido evolución de la enfermedad, intolerancia o riesgo de evolución con el tratamiento dirigido a un gen BRAF. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TAVALLISSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TAVALLISSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la trombocitopenia inmunitaria crónica (immune thrombocytopenia, ITP) (de inicio nuevo): el paciente debe cumplir TODOS los siguientes criterios: 1) El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o es intolerante a un tratamiento previo (p. ej., corticosteroides, inmunoglobulinas, antagonista del receptor de trombopoyetina); Y 2) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O de 30,000 a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factor(es) de riesgo de hemorragia (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como enfermedad de úlcera péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente al trauma). Para la ITP (continuación): la respuesta del recuento de plaquetas al medicamento solicitado debe cumplir con UNO de los siguientes requisitos: 1) el recuento actual de plaquetas es menor o igual a 200,000/mcl; O 2) el recuento actual de plaquetas es mayor a 200,000/mcl y menor o igual a 400,000/mcl y la dosificación se ajustará a un recuento de plaquetas suficiente para evitar hemorragias clínicamente importantes. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 12 semanas; continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TAVNEOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TAVNEOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la continuación del tratamiento de la vasculitis asociada con un autoanticuerpo citoplásmico antineutrófilo (anti-neutrophil cytoplasmic autoantibody, ANCA) grave: el paciente ha experimentado un beneficio del tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TAZAROTENE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TAZAROTENE, TAZORAC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la psoriasis en placas, el paciente cumple con los siguientes criterios: 1) tiene menos o igual al 20 por ciento de la superficie corporal afectada (BSA); Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de corticoesteroides tópicos. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TAZVERIK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TAZVERIK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Sarcoma epitelioides: 16 años o más; linfoma folicular: 18 años o más                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TECENTRIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TECENTRIQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Mantenimiento con fármaco único para el cáncer de pulmón de células pequeñas extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino; tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo; carcinoma urotelial; cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) en estadio IIIB; carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (small cell neuroendocrine carcinoma of the cervical, NECC) crónico, recurrente o metastásico. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; O 2) el paciente tiene una enfermedad en estadio II a IIIB Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la extirpación del tumor. En el caso de un carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TECENTRIQ HYBREZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TECENTRIQ HYBREZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino (small cell neuroendocrine carcinoma of the cervical, NECC) persistente, recurrente o metastásico; cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) en estadio IIIB; tratamiento posterior para mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo.                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene una enfermedad recurrente, avanzada o metastásica; O 2) el paciente tiene una enfermedad en estadio II a IIIB Y el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la extirpación del tumor. En el caso de un carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TECFIDERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FUMARATO DE DIMETILO, FUMARATO DE DIMETILO PAQUETE INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TECVAYLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TECVAYLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TEGSEDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TEGSEDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtirretina (TTR), tratamiento inicial: El paciente resulta positivo para una mutación del gen TTR y muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., depósitos de amiloide en muestras de biopsia, variantes proteicas de TTR en suero, polineuropatía sensorial-motora periférica progresiva). Para polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por TTR, continuación: El paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., mejora de la gravedad de la neuropatía y la tasa de evolución de la enfermedad). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TEMAZEPAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | RESTORIL, TEMAZEPAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) la persona que receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inadecuado en adultos mayores, lo que significa que lo mejor es evitarlos, recetarlos en dosis reducidas o usarlos con precaución o supervisión); Y 2) el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a la doxepina (3 mg o 6 mg). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TEPEZZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TEPEZZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TEPMETKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TEPMETKO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recidivante, NSCLC con intensificación de transición epitelial mesenquimatosa (mesenchymal-epithelial transition, MET) de alto nivel, cáncer del sistema nervioso central (SNC) incluyendo metástasis cerebrales y leptomeníngeas por NSCLC positivo con mutación del exón 14 de MET                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico: el tumor es positivo para la mutación de omisión del exón 14 de la transición epitelial mesenquimatosa (MET).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TERBINAFINE TABS                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TERBINAFINE HCL                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la onicomycosis debido a dermatofitos (tiña ungueal), el paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el paciente usará el medicamento solicitado por vía oral, Y 2) el medicamento solicitado se receta para uso no continuo. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 12 semanas                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.                                                                                                                                                                             |

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**  
**Indicador de indicación de PA**  
**Usos no aprobados**  
**Criterios de exclusión**  
**Información médica requerida**

TERIPARATIDE  
 BONSITY, TERIPARATIDE  
 Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

-  
 -  
 Para la osteoporosis posmenopáusica: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por debilidad O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) previa al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, debilidad, terapia con glucocorticoides, calificaciones T muy bajas o un mayor riesgo de caídas), O b) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta O c) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previo al tratamiento Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo con una terapia inyectable previa para la osteoporosis o es intolerante a esta O b) el paciente ha tenido un ensayo de bisphosphonate por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisphosphonate oral. 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 con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por debilidad, O 2) la puntuación T previa al tratamiento es inferior o igual a -2.5, O 3) la puntuación T previa al tratamiento es superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX previa al tratamiento.

**Restricciones de edad**  
**Restricciones de la persona que receta**  
**Duración de la cobertura**  
**Otros criterios**

-  
 -  
 Inicial: 24 meses, continuación: Año del plan  
 Continuación del tratamiento: Si el paciente recibió 24 meses o más de tratamiento con cualquier hormona paratiroidea análogica: 1) el paciente sigue o volvió a tener un alto riesgo de fractura; Y 2) el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3 % para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a la prednisona) por día, la estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera.

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**  
**Indicador de indicación de PA**

**Usos no aprobados**

**Criterios de exclusión**

**Información médica requerida**

TESTOSTERONE CYPIONATE INJ

AZMIRO, DEPO-TESTOSTERONE, TESTOSTERONE CYPIONATE

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

Disforia de género

-

Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: el paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: el paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.

**Restricciones de edad**

**Restricciones de la persona que receta**

**Duración de la cobertura**

**Otros criterios**

-

-

Año del plan

-

**Grupo de autorización previa**  
**Nombres de medicamentos**  
**Indicador de indicación de PA**

**Usos no aprobados**

**Criterios de exclusión**

**Información médica requerida**

TESTOSTERONE ENANTHATE INJ

TESTOSTERONE ENANTHATE

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

Disforia de género

-

Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: el paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: el paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal.

**Restricciones de edad**

**Restricciones de la persona que receta**

**Duración de la cobertura**

**Otros criterios**

-

-

Año del plan

-

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TESTOSTERONE UNDECANOATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | UNDECATREX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Disforia de género                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: el paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: el paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TETRABENAZINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TETRABENAZINA, XENAZINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada a la enfermedad de Huntington.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 insuficiente al tratamiento o un acontecimiento adverso intolerable a deutetribenazina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TEVIMBRA                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TEVIMBRA                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Carcinoma hepatocelular                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para un carcinoma hepatocelular: 1) la enfermedad es irresecable, metastásica o extrahepática; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único.                                                                                           |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | THALOMID                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | THALOMID                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Anemia asociada a la mielofibrosis; estomatitis aftosa relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); sarcoma de Kaposi; enfermedad de Castleman multicéntrica; enfermedad de Rosai-Dorfman; histiocitosis de células de Langerhans |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TIBSOVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TIBSOVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Condrosarcoma convencional (grados 1 a 3) o desdiferenciado; tipos de cáncer del sistema nervioso central (SNC) (astrocitoma, oligodendroglioma)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente tiene una enfermedad con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1) susceptible. Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el paciente tiene una AML de diagnóstico reciente y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta a la terapia de inducción con el medicamento solicitado O 3) el paciente tiene una enfermedad mieloide recidivante o resistente. Para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable, resecado, macroscópico residual o metastásico: el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la evolución durante o después del tratamiento sistémico. Para los tipos de cáncer del SNC: 1) la enfermedad es recurrente o progresiva; Y 2) el paciente tiene oligodendroglioma o astrocitoma. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TIGLUTIK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TIGLUTIK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): 1) El paciente requiere la administración del medicamento solicitado a través de una sonda de gastrostomía percutánea desnivelada (tubo PEG); O 2) tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TIVDAK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TIVDAK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TLANDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TLANDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Disforia de género                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: el paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: el paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TOBI INHALER                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TOBI PODHALER                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Bronquiectasia por fibrosis no quística                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis quística y la bronquiectasia por fibrosis no quística: 1) la <i>Pseudomonas aeruginosa</i> está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en las vías respiratorias. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TOBRAMYCIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BETHKIS, KITABIS PAQUETE, TOBI, TOBRAMICINA                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Bronquiectasia por fibrosis no quística                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis quística y la bronquiectasia por fibrosis no quística: 1) la <i>Pseudomonas aeruginosa</i> está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en las vías respiratorias. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TOLSURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TOLSURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TOPICAL LIDOCAINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | GLYDO, LIDOCAINE, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | 1) El medicamento solicitado se utiliza para anestesia tópica; Y 2) si se utilizará como parte de un producto compuesto, todos los principios activos del producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para uso tópico.                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | METRONIDAZOL TÓPICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | METROCREAM, METROLOCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TOPICAL TACROLIMUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TACROLIMUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Psoriasis en la cara, los genitales o los dobleces de la piel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la dermatitis atópica (eczema) de moderada a grave: el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad afecta áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o dobleces de la piel); O 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un fármaco terapéutico de primera línea (p. ej., corticoesteroide tópico de potencia media o alta). Para todas las indicaciones: el medicamento solicitado se receta para el uso crónico a corto plazo o no continuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Tacrolimus 0.03 % 2 años de edad o más, tacrolimus 0.1 % 16 años de edad o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TOPICAL TESTOSTERONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TESTIM, TESTOSTERONE, TESTOSTERONE PUMP, VOGELXO, VOGELXO PUMP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Disforia de género                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: el paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: el paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TOPICAL TRETINOIN                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ALTRENO, ATRALIN, CLINDAMYCIN PHOSPHATE/TRE, RETIN-A, RETIN-A MICRO, RETIN-A MICRO PUMP, TRETINOIN, TRETINOIN MICROSPHERE, TWYNEO, VELTIN, ZIANA |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TOREMIFENE                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | FARESTON, TOREMIFENE CITRATE                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Alargamiento congénito/adquirido del intervalo QT (síndrome de QT largo), hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia no corregida.              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRAZIMERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRAZIMERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tratamiento neocomplementario para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); cáncer de mama positivo para HER2 irresecable recurrente o avanzado; metástasis leptomeníngea del cáncer de mama positivo para HER2; metástasis cerebral del cáncer de mama positivo para HER2; adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2; carcinoma seroso uterino positivo para HER2 avanzado, recidivante o metastásico; cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF (incluido el adenocarcinoma apendicular); tumores recurrentes en las glándulas salivales positivos para HER2; carcinoma hepatobiliar irresecable o metastásico positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático); adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, irresecable o recidivante positivo para la sobreexpresión de HER2; cáncer de endometrio positivo para HER2. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) la enfermedad tiene amplificación de HER2 y sin mutaciones de RAS y BRAF; y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib; y 3) el paciente no recibió tratamiento previo con un inhibidor de HER2. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) la enfermedad es positiva para HER2 y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab. Para el cáncer de endometrio: 1) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatino y paclitaxel, y 2) continúa como fármaco único para el tratamiento de mantenimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRELSTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRELSTAR MIXJECT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Disforia de género, inhibición ovárica en el cáncer de mama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la disforia de género, el paciente cumple con UNO de los siguientes criterios: 1) el medicamento solicitado se utiliza para inhibir la pubertad y el paciente se encuentra en la etapa 2 o superior de Tanner; O 2) el paciente está experimentando una transición de género y recibirá el medicamento solicitado de forma simultánea con hormonas que afirman el género. Para el cáncer de mama, la paciente cumple con TODOS los siguientes requisitos: 1) el medicamento solicitado se utiliza para la inhibición ovárica en pacientes premenopáusicas; y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un tratamiento endócrino; y 3) la enfermedad es positiva para receptor hormonal; y 4) la enfermedad tiene un mayor riesgo de recurrencia (p. ej., edad joven, tumor de alto grado, compromiso de ganglios linfáticos).                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TREMFYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TREMFYA, TREMFYA INDUCTION PACK FO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la psoriasis en placas de moderada a grave (inicios nuevos): 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, cuero cabelludo, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TREPROSTINIL INJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | REMODULIN, TREPROSTINIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para inicio reciente únicamente: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRIENTINE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SYPRINE, TRIENTINE HYDROCHLORIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRIESENCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRIESENCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRIKAFTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRIKAFTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRINTELLIX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRINTELLIX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para UNO de los siguientes productos genéricos: inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), mirtazapina o bupropión.                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRODELVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRODELVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma urotelial, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior de cualquiera de los siguientes: 1) carcinoma urotelial localmente avanzado, recidivante o metastásico O 2) carcinoma urotelial de vejiga en etapa II-IV, recidivante o crónico. Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior, Y 3) la paciente tiene cáncer de mama triple negativo, positivo para el receptor hormonal (HR) y negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRULICITY                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRULICITY                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años de edad o más |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRUQAP                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRUQAP                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                               |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRUXIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRUXIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Los subtipos de linfomas que no son de Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL), linfoma de células del manto, linfoma de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona extranodal), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, la transformación histológica de los linfomas indolentes para deslumbrar los linfomas de células B grandes, la transformación histológica de leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL a linfoma difundible de células B grandes, linfoma primario cutáneo de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tricoleucemia, trastorno linfáticoproliferativo posterior al trasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B]; púrpura trombocitopénica (ITP) inmunitaria o idiopática resistente, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), Síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave resistente, linfoma de Hodgkin (linfocitos nodulares predominantes), linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngea de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, pénfigo vulgar, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B grandes) y Leucemia aguda de células B maduras pediátrica |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) una respuesta insuficiente, intolerancia o contraindicación al MTX; O b) una respuesta insuficiente o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hemáticas deben ser positivas para CD20. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recidivante; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta insuficiente a dos o más medicamentos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses; todas las demás: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRYNGOLZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRYNGOLZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el síndrome de quilomicronemia familiar (familial chylomicronemia syndrome, FCS) (p. ej., deficiencia de la lipoproteína lipasa (lipoprotein lipase deficiency, LPLD) o hiperlipoproteinemia tipo 1), inicial: 1) el diagnóstico se confirmó mediante pruebas genéticas en las que se detectaron mutaciones bialélicas en los genes que causan el FCS (p. ej., LPL, APOC2, APOA5, LMF1, GPIHBP1); Y 2) el paciente tiene un nivel de triglicéridos (TG) en ayunas superior o igual a 880 mg/dl. Para el FCS, continuación: el paciente demuestra una respuesta clínica positiva a la terapia (p. ej., reducción en el nivel de TG con respecto al inicio, menos episodios de pancreatitis aguda). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o lipidólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TRYVIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TRYVIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión: 1) actualmente el paciente está tomando otros medicamentos antihipertensivos (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina [angiotensin converting enzyme inhibitor, ACEI], bloqueador del receptor de la angiotensina II [ARB], betabloqueador, bloqueador de los canales de calcio, diuréticos) en dosis máximas toleradas; Y 2) para la terapia inicial, la presión arterial del paciente no está controlada adecuadamente con su régimen actual. Para continuación: el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TUKYSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TUKYSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) recurrente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) el paciente tiene enfermedad avanzada, irresecable o metastásica; Y 2) tiene enfermedad positiva para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); Y 3) tiene enfermedad sin mutaciones RAS; Y 4) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab; Y 5) el paciente no ha sido tratado previamente con un inhibidor de HER2. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TURALIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TURALIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la histiocitosis de células de Langerhans: 1) la enfermedad tiene una mutación del receptor del factor estimulante de colonias 1 (colony stimulating factor 1 receptor, CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) la enfermedad tiene mutación CSF1R Y el paciente tiene cualquiera de los siguientes: a) enfermedad sintomática O b) enfermedad recidivante/resistente.                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TYENNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TYENNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o una contraindicación para metotrexato (MTX); O 2) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido.         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TYMLOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TYMLOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | <p>Para la osteoporosis posmenopáusica: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura por debilidad; O 2) calificación T previa al tratamiento (pre-tx) inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (Fracture Risk Assessment Tool, FRAX) pre-tx, Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, debilidad, terapia con glucocorticoides, calificaciones T muy bajas o un mayor riesgo de caídas); O b) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo inyectable para la osteoporosis o es intolerante a este; O c) el paciente ha tenido un ensayo de bifosfonato por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral. Para la osteoporosis en hombres: el paciente tiene UNO de los siguientes: 1) antecedentes de fractura osteoporótica vertebral o de cadera; O 2) calificación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5, o superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura calculada con la FRAX pre-tx, Y el paciente tiene CUALQUIERA de los siguientes: a) el paciente no ha tenido éxito con un tratamiento previo inyectable para la osteoporosis o es intolerante a este; O b) el paciente ha tenido un ensayo de bifosfonato por vía oral de al menos 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bifosfonato oral.</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Total de por vida de 24 meses para fármacos análogos de la hormona paratiroidea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | El paciente tiene una alta probabilidad de fractura calculada con la herramienta de evaluación de riesgo de fractura (FRAX) si la probabilidad de 10 años es superior o igual al 20% para cualquier fractura osteoporótica significativa o superior o igual al 3% para fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a la prednisona) por día, la estimación de la calificación de riesgo calculada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica principal y por 1.2 para la fractura de cadera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TYVASO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TYVASO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TYVASO DPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | KIT DE MANTENIMIENTO DE TYVASO DPI, KIT DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TYVASO DPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | TZIELD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | TZIELD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el retardo de la diabetes tipo 1 (type 1 diabetes, T1D) en etapa 3: 1) El paciente tiene un diagnóstico de T1D en etapa 2 que se confirmó mediante ambos de los siguientes: a) al menos dos autoanticuerpos positivos de células de islotes de inóculos; Y b) disglucemia sin hiperglucemia manifiesta mediante el uso de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (oral glucose tolerance test, OGTT) o un método alternativo, si corresponde; Y 2) los antecedentes clínicos del paciente no sugieren diabetes de tipo 2. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 8 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | UBRELVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | UBRELVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento agudo de las migrañas: el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor 5-HT1 triptano.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | UCERIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BUDESONIDA ER, UCERIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la inducción de la remisión de la colitis ulcerosa activa de leve a moderada: el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a al menos un tratamiento con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 2 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ULTOMIRIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ULTOMIRIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH), inicial: 1) El diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una insuficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (glycosylphosphatidylinositol-anchored proteins, GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la insuficiencia de GPI-AP. Para la PNH, continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el síndrome urémico hemolítico atípico (atypical hemolytic uremic syndrome, aHUS), inicial: La enfermedad no es causada por la Escherichia coli productora de la toxina Shiga. Para el aHUS, continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual, Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | UPLIZNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | UPLIZNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento. Para la enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (IgG4-RD) (inicial): el diagnóstico se confirma en función de evaluaciones clínicas, serológicas, radiológicas y patológicas. Para la IgG4-RD (continuación): el paciente ha tenido una respuesta positiva a la terapia (p. ej., reducción de exacerbaciones, remisión completa).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | NMOSD, inicial: 6 meses, todos los demás: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | UPTRAVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | UPTRAVI, PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE UPTRAVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la PAH se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Para inicio reciente únicamente: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; Y 2) presión de enclavamiento capilar pulmonar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VABYSMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VABYSMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VALCHLOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VALCHLOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia/Linfoma de linfocitos T crónica o latente en adultos (ATLL); micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS) en etapa 2 o superior; linfoma de zona marginal cutánea primaria; linfoma de centro folicular cutáneo primario; papulosis linfomatoide (LyP) positiva para CD30; histiocitosis de células de Langerhans (Langerhans cell histiocytosis, LCH) unifocales con enfermedad de la piel aislada.                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VANFLYTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VANFLYTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leucemia mieloide aguda recidivante o resistente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide aguda (AML): la AML es positiva para la duplicación interna en tándem (internal tandem duplication, ITD) de la tirosina cinasa 3 similar a la FMS (FLT3).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VANRAFIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VANRAFIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la reducción de la proteinuria en pacientes con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgAN) con riesgo de evolución rápida de la enfermedad: 1) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (renin-angiotensin system, RAS) (p. ej., un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina [angiotensin-converting enzyme, ACE] o un bloqueador del receptor de la angiotensina [angiotensin-receptor blocker, ARB]); O 2) el paciente experimentó una intolerancia o tiene una contraindicación a los inhibidores del RAS. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VELCADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | BORTEZOMIB, BORUZU, VELCADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Amiloidosis sistémica de cadena ligera; macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico; enfermedad de Castleman multicéntrica; leucemia/linfoma de linfocitos T adultos; leucemia linfocítica aguda; sarcoma de Kaposi; linfoma de Hodgkin clásico pediátrico; síndrome de POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios en la piel)                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VELSIPITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VELSIPITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VENCLEXTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma de células del manto; neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blástica (blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm, BPDCN); mieloma múltiple; leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o resistente; macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico; amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante o resistente con translocación t(11:14); neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica; leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B/leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T (B-ALL/T-ALL), tricoleucemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) el paciente tiene AML de diagnóstico reciente y cumple con uno de los siguientes requisitos: a) tiene 75 años o más; b) tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva; O 2) tiene una enfermedad de riesgo malo/adverso y es candidato para tratamiento de inducción intensiva; O 3) tiene AML recidivante o resistente. Para la neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blástica (BPDCN): 1) el paciente tiene una enfermedad sistémica que se trata con intención paliativa, O 2) tiene una enfermedad recidivante o resistente. Para el mieloma múltiple: 1) la enfermedad es recidivante o progresiva; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dexametasona; Y 3) el paciente tiene traslocación t(11:14). Para macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico: 1) el paciente ha tratado previamente una enfermedad que no respondió al tratamiento primario, O 2) tiene una enfermedad progresiva o recidivante. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VEOZAH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VEOZAH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VERQUVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VERQUVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la insuficiencia cardíaca crónica sintomática: el paciente tiene una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (left ventricular ejection fraction, LVEF) inferior al 45 por ciento. Para el tratamiento inicial, el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes requisitos: 1) hospitalización por insuficiencia cardíaca en los últimos 6 meses, O 2) uso de diuréticos intravenosos ambulatorios para insuficiencia cardíaca en los últimos 3 meses.                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VERSACLOZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VERSACLOZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de un paciente enfermo con esquizofrenia grave que no respondió adecuadamente al tratamiento antipsicótico de referencia (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento): 1) el paciente experimentó una respuesta insuficiente 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 insuficiente al tratamiento, intolerancia, o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VERZENIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VERZENIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de mama recurrente positivo para receptor hormonal (RH) y negativo para receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (human epidermal growth factor receptor 2, HER2) en combinación con fulvestrant o un inhibidor de la aromatasa, o como fármaco único si hay evolución con tratamiento endócrino previo y quimioterapia previa en el entorno de la enfermedad metastásica. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozol para tumor positivo para receptores de estrógeno. |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VIBERZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VIBERZI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VICTOZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | LIRAGLUTIDA, VICTOZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VIGABATRIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | SABRIL, VIGABATRINA, VIGADRONA, VIGPODER                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones con conciencia de deterioro focal): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento con al menos dos medicamentos antiepilépticos para convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones con conciencia de deterioro focal). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Espasmos infantiles: de 1 mes a 2 años de edad. Convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones con conciencia de deterioro focal): 2 años de edad o más                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VIGAFYDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VIGAFYDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Espasmos infantiles: de 1 mes a 2 años de edad                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VIJOICE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VIJOICE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VIMIZIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VIMIZIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la mucopolisacaridosis de tipo IVA (MPS IVA, síndrome de Morquio A): El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 6-sulfatasa o mediante pruebas genéticas.                                                                              |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VITRAKVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VITRAKVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Tumores sólidos positivos para la fusión del gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (neurotrophic tyrosine receptor kinase, NTRK) no metastásicos, tratamiento de primera línea de los tumores sólidos positivos para la fusión del gen NTRK.                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para todos los tumores sólidos positivos para la fusión del gen receptor de tirosina cinasa (NTRK) neurotrófico, la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida.                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VIVJOA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VIVJOA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | La paciente tiene capacidad reproductiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para reducir la incidencia de candidosis vulvovaginal recurrente (recurrent vulvovaginal candidiasis, RVVC) en una paciente con antecedentes de RVVC: 1) La paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al fluconazol; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará por vía oral. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 12 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VIZIMPRO                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VIZIMPRO                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (non-small cell lung cancer, NSCLC) recurrente                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensibilizante. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VONJO                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VONJO                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VORANIGO                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VORANIGO                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VORICONAZOLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VFEND, VFEND IV, VORICONAZOL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente usará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VOSEVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VOSEVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hepatitis C: infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en suero antes de comenzar el tratamiento. Régimen de tratamiento previsto, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C según la clasificación de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de coinfección por el VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas con la resistencia cuando corresponda, estado del trasplante, si corresponde. Las afecciones de la cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las pautas actuales de tratamiento de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Estadounidense para Enfermedades Infecciosas (American Association for the Study of Liver Diseases and Infectious Diseases Society of America, AASLD-IDSA). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Los criterios se aplicarán de acuerdo con la pauta actual de la AASLD-IDSA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VOTRIENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | PAZOPANIB HYDROCHLORIDE, VOTRIENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Carcinoma tiroideo (folicular, papilar, oncocítico o medular), sarcoma uterino, condrosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma de células renales: 1) la enfermedad está avanzada, es recidivante o está en estadio IV; O 2) el medicamento solicitado se utilizará para el carcinoma de células renales Von Hippel-Lindau (VHL). Para el tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumor, GIST): 1) la enfermedad es residual, irresecable, recurrente o metastásica, o presenta rotura tumoral; Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes. a) la enfermedad evolucionó después de usar al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib); b) la enfermedad tiene un GIST que presenta insuficiencia de succinato deshidrogenasa (SDH). Para el sarcoma de tejido blando (soft tissue sarcoma, STS): el paciente no tiene un sarcoma adipocítico de tejido blando. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VOWST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VOWST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la prevención de la recurrencia de la infección por Clostridioides difficile (CDI): 1) el diagnóstico de CDI se confirmó mediante una prueba de heces positiva para la toxina 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VOXZOGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VOXZOGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la 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, continuación del tratamiento: El paciente experimenta una mejora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un endocrinólogo, genetista, neurólogo o especialista en displasia esquelética, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VOYDEYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VOYDEYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH) (inicial): 1) el diagnóstico de PNH se confirmó mediante la detección de una insuficiencia de proteínas ancladas por glicosilfosfatidilinositol (deficiency of glycosylphosphatidylinositol-anchored proteins, GPI-AP); Y 2) la citometría de flujo se utiliza para demostrar la insuficiencia de GPI-AP; Y 3) el medicamento solicitado se usa como tratamiento de mantenimiento con ravulizumab o eculizumab para tratar la hemólisis extravascular (EVH). Para la PNH (continuación): 1) no hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual; Y 2) el paciente demostró una respuesta positiva al tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VPRIV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VPRIV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la enfermedad de Gaucher de tipo 1: El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VTAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VTAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la psoriasis en placas: el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides tópicos. Para la dermatitis atópica: el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: a) el medicamento solicitado se utilizará en áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o los dobleces de la piel) y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, una intolerancia o una contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina; O b) el medicamento solicitado se usará en áreas no sensibles de la piel (o restantes) y el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, una intolerancia o una contraindicación a un corticoesteroide tópico de potencia media o alta, o a un inhibidor tópico de la calcineurina. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VUMERITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VUMERITY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VYALEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VYALEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para enfermedad de Parkinson avanzada: 1) el paciente tiene una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la carbidopa/levodopa oral, 2) el paciente tiene al menos 2.5 horas de tiempo “sin” tratamiento diario, Y 3) el paciente responde a la levodopa con períodos “con” claramente definidos. Para la enfermedad de Parkinson avanzada, continuación: El paciente experimenta una mejora con el medicamento solicitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VYKAT XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VYKAT XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hiperfagia asociada al síndrome de Prader-Willi (inicial): 1) El paciente tiene hiperfagia (p. ej., sensación intensa y persistente de hambre, falta de saciedad normal, preocupación por los alimentos, un impulso extremo para consumir alimentos, problemas de comportamiento relacionados con los alimentos) Y 2) el diagnóstico del síndrome de Prader-Willi (PWS) se confirma mediante pruebas genéticas (p. ej., eliminación en la región cromosómica 15q11-q13, disomía uniparental materna en el cromosoma 15 o efectos de impronta, translocaciones o inversiones que afectan el cromosoma 15). Para hiperfagia asociada al síndrome de Prader-Willi (continuación): El paciente ha tenido una respuesta positiva al tratamiento (p. ej., reducción de la hiperfagia, reducción de la masa de grasa corporal, reducción de los niveles de leptina). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VYLOY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VYLOY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VYNDAMAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VYNDAMAX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la cardiomiopatía de amiloidosis hereditaria o sin mutaciones mediada por transtiretina (ATTR-CM): Inicio: 1) el paciente muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico); Y 2) la afección cardíaca se confirmó mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal inter ventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros); Y 3) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: a) si la solicitud es para una ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de transtiretina (TTR); b) si la solicitud es para ATTR-CM sin mutación, el paciente tiene proteínas transtiretina confirmadas por pruebas. Continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VYNDAQEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VYNDAQEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la cardiomiopatía de amiloidosis hereditaria o sin mutaciones mediada por transtiretina (ATTR-CM): Inicio: 1) el paciente muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico); Y 2) la afección cardíaca se confirmó mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal inter ventricular diastólica terminal que supere los 12 milímetros); Y 3) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: a) si la solicitud es para una ATTR-CM hereditaria, el paciente es positivo para una mutación del gen de transtiretina (TTR); b) si la solicitud es para ATTR-CM sin mutación, el paciente tiene proteínas transtiretina confirmadas por pruebas. Continuación: el paciente demuestra una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VYVANSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA, VYVANSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el trastorno por déficit de atención (TDA): el paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a un medicamento genérico estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VYVGART                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VYVGART                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | VYVGART HYTRULO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | VYVGART HYTRULO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Miastenia grave, inicial: 6 meses; todas las demás: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | WAINUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | WAINUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por transtirretina (TTR), tratamiento inicial: El paciente resulta positivo para una mutación del gen TTR y muestra una manifestación clínica de la enfermedad (p. ej., depósitos de amiloide en muestras de biopsia, variantes proteicas de TTR en suero, polineuropatía sensorial-motora periférica progresiva). Para polineuropatía de amiloidosis hereditaria mediada por TTR, continuación: El paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., mejora de la gravedad de la neuropatía y la tasa de evolución de la enfermedad). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | WAKIX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | WAKIX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) el diagnóstico confirmado mediante una evaluación de análisis de laboratorio del sueño, Y, 2) si la solicitud es para un adulto, si el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de medicamentos que estimulan la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la continuación del tratamiento: El paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | WELIREG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | WELIREG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | WINLEVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | WINLEVI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación a un producto genérico para el acné (p. ej., clindamicina tópica, eritromicina tópica, retinoides tópicos u isotretinoína oral).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | WYOST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | WYOST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipercalcemia o neoplasia maligna: la afección es resistente al tratamiento con bifosfonatos intravenosos (IV) o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con bifosfonatos IV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XALKORI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XALKORI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente; NSCLC con mutación por omisión del exón 14 de MET o con aumento de MET; enfermedad de Erdheim-Cheste positiva para la fusión de la cinasa de linfoma anaplásico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) sintomática o recidivante/resistente; enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/resistente positiva para la fusión de ALK; histiocitosis de células de Langerhans positiva para la fusión ALK, melanoma cutáneo metastásico o irresecable positivo para la fusión del gen ROS1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el medicamento solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes casos: 1) el paciente tiene NSCLC positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK) recidivante, avanzado o metastásico; Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib); O 3) el paciente tiene NSCLC positivo para ROS-1 recurrente, avanzado o metastásico; O 4) tiene NSCLC con un aumento de alto nivel de MET o una mutación de omisión del exón 14 de MET. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), la enfermedad es positiva para ALK. En el caso del linfoma de células grandes anaplásicas (anaplastic large cell lymphoma, ALCL): 1) la enfermedad es recidivante o resistente Y 2) es positiva para ALK. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XDEMVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XDEMVY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XELJANZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XELJANZ, XELJANZ XR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 insuficiente 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 de moderada a gravemente activa (inicios nuevos únicamente): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente 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 el curso de 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]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XEMBIFY                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XEMBIFY                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XENPOZYME                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XENPOZYME                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la insuficiencia de esfingomielinasa ácida (acid sphingomyelinase deficiency, ASMD): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demuestra una insuficiencia de la actividad de la enzima esfingomielinasa ácida (ASM) o mediante pruebas genéticas. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XEOMIN                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XEOMIN                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Uso cosmético                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XERMELO                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XERMELO                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XGEVA                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XGEVA                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipercalcemia o neoplasia maligna: la afección es resistente al tratamiento con bifosfonatos intravenosos (IV) o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con bifosfonatos IV. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.       |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XHANCE                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XHANCE                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 18 años de edad o más                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                 |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XIFAXAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XIFAXAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (small intestinal bacterial overgrowth, SIBO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el síndrome de intestino irritable con diarrea (irritable bowel syndrome with diarrhea, IBS-D): 1) el paciente no ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado; O 2) ha recibido previamente tratamiento con el medicamento solicitado; Y a) está experimentando una recurrencia de los síntomas; Y b) aún no ha recibido un tratamiento inicial de 14 días y dos tratamientos adicionales de 14 días con el medicamento solicitado. Para el crecimiento excesivo bacteriano del intestino delgado (SIBO): 1) el paciente está experimentando una recurrencia después de completar un tratamiento exitoso con el medicamento solicitado; O 2) el diagnóstico ha sido confirmado por uno de los siguientes: a) cultivo cuantitativo mediante aspirado del intestino superior; b) prueba de aliento (p. ej., prueba de aliento de hidrógeno de lactulosa o de hidrógeno de glucosa). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Reducción del riesgo de recurrencia manifiesta de la HE: 6 meses; IBS-D y SIBO: 14 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XIPERE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XIPERE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un oftalmólogo u optometrista, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

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

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XOLREMDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XOLREMDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el síndrome de WHIM (verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones y mielocatexis), inicial: 1) El diagnóstico se ha confirmado mediante pruebas para detectar mutaciones en el gen CXCR4; Y 2) el paciente presenta al menos una manifestación clínica de la enfermedad (como verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones, mielocatexis); Y 3) el paciente tiene un recuento bajo de neutrófilos confirmado según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales. Para el síndrome de WHIM, continuación: El paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 12 años de edad o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XOSPATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XOSPATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FLT3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y una reordenación de la tirosina cinasa 3 similar a la FMS (FMS-like tyrosine kinase 3, FLT3): la enfermedad está en fase crónica o en fase blástica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XPOVIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XPOVIO, XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY, XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | La transformación histológica de los linfomas indolentes para difundir los linfomas de linfocitos B grandes, los linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los linfomas de linfocitos B de alto grado, los trastornos linfáticoproliferativos posteriores al trasplante |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para mieloma múltiple: el paciente debe haber recibido al menos un tratamiento previo. Para los linfomas de linfocitos B: el paciente debe haber sido tratado con al menos dos líneas de tratamiento sistémico.                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XTANDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XTANDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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.                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XYOSTED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XYOSTED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Disforia de género                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: el paciente tiene al menos dos concentraciones matutinas de testosterona total en suero bajas confirmadas según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para hipogonadismo primario o hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: el paciente tuvo una concentración matutina de testosterona total en suero baja confirmada según el rango de laboratorio de referencia o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona (Nota: No se ha establecido la seguridad ni la eficacia de los productos con testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” [también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”]). Para la disforia de género: el paciente puede tomar una decisión informada para iniciar un tratamiento hormonal. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XYREM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | OXIBATO SÓDICO, XYREM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | <p>Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) el diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) si el paciente tiene 17 años o menos, experimentó una respuesta insuficiente 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 probar fármacos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato); b) si el paciente tiene 18 años o más, experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos que estimulan el estado de vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: el diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Si la solicitud es para la continuación del tratamiento, el paciente ha experimentado una disminución de la somnolencia durante el día con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplexia con narcolepsia.</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 7 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | XYWAV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | XYWAV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | <p>Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente (pt) con narcolepsia, solicitud inicial de lo siguiente: 1) El diagnóstico (dx) se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño; Y 2) el pt cumple con uno de los siguientes criterios: a) si el pt tiene 17 años o menos, experimentó una respuesta insuficiente 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 probar fármacos estimulantes del SNC (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina, metilfenidato); b) si el pt tiene 18 años o más, experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento que estimula la vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo), O tiene una contraindicación que prohibiría probar fármacos que estimulan el estado de vigilia del SNC (p. ej., armodafinilo, modafinilo). Para la hipersomnia idiopática, solicitud inicial, el diagnóstico ha sido confirmado por TODOS los siguientes: 1) El paciente ha experimentado interrupciones en el sueño o una necesidad irreprimible de dormir durante el día, a diario durante al menos 3 meses, Y 2) se confirma que no hay síndrome del sueño insuficiente, Y 3) no hay cataplexia, Y 4) menos de 2 períodos de movimiento ocular rápido de inicio del sueño (SOREMP) o ninguno, si la reducción rápida del movimiento ocular en un estudio del sueño durante la noche fue inferior o igual a 15 minutos, Y 5) el promedio de latencia del sueño de 8 minutos o menos en la prueba de latencia múltiple del sueño o el tiempo de sueño total de 24 horas es superior o igual a 11 horas, Y 6) otra afección (trastorno del sueño, trastorno médico o psiquiátrico, o el uso de medicamentos/fármacos) no explica mejor la hipersomnolencia y los resultados de las pruebas.</p> |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Narcolepsia: 7 años o más; hipersomnia idiopática: 18 años o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | Recetado por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con estos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | <p>Para el tratamiento de cataplexia en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis de laboratorio del sueño. Para la narcolepsia, continuación del tratamiento: El pt experimentó 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 pt experimentó una disminución de la somnolencia diurna con respecto al inicio.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | YCANTH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | YCANTH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | YERVOY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | YERVOY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | YESINTEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | YESINTEK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | 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 experimentó una respuesta insuficiente 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]). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | YONSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | YONSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | YORVIPATH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | YORVIPATH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | Hipoparatiroidismo posquirúrgico agudo (dentro de los 6 meses de la cirugía) y recuperación prevista del hipoparatiroidismo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el hipoparatiroidismo, inicial: antes del inicio, se ha confirmado o se confirmará que el calcio sérico corregido por albúmina del paciente es superior o igual a 7.8 mg/dl. Para el hipoparatiroidismo, continuación: el paciente está experimentando un beneficio de la terapia (por ejemplo, mantenimiento o normalización de los niveles de calcio sérico en comparación con el valor inicial).                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | YUTREPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | YUTREPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la hipertensión arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) o la hipertensión pulmonar (pulmonary hypertension, PH) asociada con la enfermedad pulmonar intersticial (grupo 3 de la OMS): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo de inicio nuevo: 1) presión arterial pulmonar media previa al tratamiento superior a 20 mmHg; 2) presión de enclavamiento pulmonar capilar previa al tratamiento inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento superior o igual a 3 unidades Wood. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZALTRAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZALTRAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer colorrectal irresecable                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer colorrectal avanzado, irresecable o metastásico (incluido el adenocarcinoma apendicular): el medicamento solicitado se utilizará en combinación con FOLFIRI (fluorouracilo, leucovorina e irinotecán) o irinotecán.                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZARXIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZARXIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (myelodysplastic syndromes, MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Si recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con ambos criterios a continuación: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide Y 2) el paciente ha recibido actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZEJULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZEJULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Leiomiomas uterinos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el leiomioma uterino: 1) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea Y 2) la paciente tiene enfermedad con alteración de BRCA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZELBORAF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZELBORAF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas, tricoleucemia, cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, glioblastoma, glioma pediátrico difuso de alto grado), tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, astrocitoma, glioblastoma, glioma pediátrico difuso de alto grado): 1) el tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF; Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con cobimetinib O se está utilizando para el tratamiento del glioma pediátrico difuso de alto grado. Para el melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora V600 del gen BRAF (p. ej., V600E o V600K); Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único o en combinación con cobimetinib; Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica; o b) tratamiento sistémico adyuvante. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: el tumor es positivo para la mutación V600 del gen BRAF. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) el tumor es positivo para la mutación V600E del gen BRAF, Y 2) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZELSUVMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZELSUVMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 1 año de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 12 semanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZEPOSIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZEPOSIA, ZEPOSIA PAQUETE INICIAL DE 7 DÍAS, ZEPOSIA KIT INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo de inicio nuevo): el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes productos: adalimumab-aacf, Humira (adalimumab), Idacio (adalimumab-aacf), Pyzchiva (ustekinumab-ttwe), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Stelara (ustekinumab), Tremfya (guselkumab), Velsipity (etrasimod), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de absorción prolongada), Yesintek (ustekinumab-kfce). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZEPZELCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZEPZELCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células pequeñas recidivante, cáncer de pulmón de células pequeñas progresivo primario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células pequeñas: el medicamento solicitado se utilizará como fármaco único en uno de los siguientes casos: 1) la enfermedad fue recidivante después de una respuesta completa o parcial, o enfermedad estable con el tratamiento inicial; 2) el paciente tiene una enfermedad progresiva primaria; O 3) el paciente tiene una enfermedad metastásica después de la evolución de la enfermedad durante o después de la quimioterapia con platino.                                                                                 |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZIIHERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZIIHERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de las vías biliares (BTC): 1) el paciente tiene un diagnóstico de residuos brutos (R2) no extirpables resecados o metastásicos, 2) el paciente ha recibido un tratamiento previo, 3) el paciente es positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) (IHC [inmunohistoquímica] 3+), Y 4) el medicamento solicitado se utiliza como agente único. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZILBRYSQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZILBRYSQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la miastenia grave generalizada (generalized myasthenia gravis, gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable o evolución de la enfermedad mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Inicial: 6 meses, continuación: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZILXI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZILXI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la rosácea: 1) el paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al metronidazol tópico genérico o al ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento; O 2) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de metronidazol tópico genérico y ácido azelaico tópico genérico al 15 por ciento.                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZIRABEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZIRABEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Adenocarcinoma ampoloso; adenocarcinoma apendicular; cáncer de mama; tipos de cáncer del sistema nervioso central (SNC) (incluidos los gliomas pediátricos difusos de alto grado); mesotelioma pleural; mesotelioma peritoneal; mesotelioma pericárdico; mesotelioma de la túnica vaginal del testículo; sarcomas de tejido blando; neoplasias uterinas; carcinoma endometrial; tipos de cáncer de vulva; adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos relacionados con lo oftálmico: edema macular diabético; degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidal y los subtipos de proliferación angiomasos retinianos; edema macular después de la oclusión de la vena retiniana; retinopatía diabética proliferativa; neovascularización coroidea; glaucoma neovascular; y retinopatía de la prematuridad |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Otros criterios</b>                        | 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 al individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZOLADEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZOLADEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Disforia de género, tratamiento del sangrado uterino anovulatorio crónico (chronic anovulatory uterine bleeding, CAUB) con anemia grave                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de mama, el medicamento solicitado debe utilizarse para la enfermedad positiva para el receptor hormonal (HR). Para la disforia de género (GD), el paciente debe cumplir con UNO de los siguientes criterios: 1) el paciente está experimentando una transición de género y recibirá el medicamento solicitado de forma simultánea con hormonas que afirman el género, O 2) el medicamento solicitado se utilizará para inhibir la pubertad y el paciente se encuentra en la etapa 2 o superior de Tanner                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Fármaco para adelgazar el endometrio antes de la ablación: 3 meses. Endometriosis, CAUB: 6 meses. Otro: Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | La concentración de 10.8 mg no se aprueba para diagnósticos que no sean cáncer de mama o cáncer de próstata.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZOLINZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZOLINZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Micosis fungoide (MF), síndrome de Sézary (SS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZOLPIDEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZOLPIDEM TARTRATE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el insomnio: El paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a los comprimidos de zolpidem de absorción rápida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Menos de 65 años de edad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZONISADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZONISADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento adyuvante de convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) el paciente ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico, Y ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas sólidas por vía oral (p. ej., comprimidos, cápsulas). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 16 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZORYVE 0.15 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZORYVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la dermatitis atópica leve a moderada, el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) Si el medicamento solicitado se utilizará en áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales, o los dobleces de la piel), el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o contraindicación a un inhibidor tópico de la calcineurina O 2) Si el medicamento solicitado se receta para su uso en áreas no sensibles de la piel (o restantes), el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un corticosteroide tópico de potencia media o alta, o a un inhibidor tópico de la calcineurina. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZORYVE 0.3 % CRM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZORYVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la psoriasis en placas: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides tópicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 6 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZORYVE ESPUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZORYVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para la dermatitis seborreica: Si el paciente tiene 12 años de edad o más, ha experimentado una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el ketoconazol tópico. Para la psoriasis en placas: El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento o intolerancia a al menos un corticoesteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría probar con corticoesteroides tópicos. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | Dermatitis seborreica: 9 años de edad o más. Psoriasis en placas: 12 años de edad o más.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZTALMY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZTALMY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | 2 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZUNVEYL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZUNVEYL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | El paciente experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la galantamine.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZURZUVAE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZURZUVAE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el tratamiento de la depresión posparto (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.). |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | 1 mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZYDELIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZYDELIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfoma linfocítico de células pequeñas (small lymphocytic lymphoma, SLL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | En el caso de la leucemia linfocítica crónica (CLL) o el linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL): el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea o posterior.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZYKADIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZYKADIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente y positivo para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK); NSCLC recurrente, avanzado o metastásico y positivo para ROS-1; enfermedad de Erdheim-Chester (Erdheim-Chester Disease, ECD) con fusión de ALK; tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT); metástasis cerebrales de NSCLC; linfoma recidivante o resistente de células grandes anaplásicas (ALCL) positivo para ALK                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) el paciente tiene linfoma recurrente, avanzado o metastásico positivo para la cinasa anaplásica (ALK); Y 2) experimentó una respuesta insuficiente al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a UNO de los siguientes productos: Alecensa (alectinib) o Alunbrig (brigatinib) O 3) enfermedad positiva para ROS1. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio: la enfermedad es positiva para ALK. Para la metástasis cerebral por NSCLC: el paciente tiene NSCLC positivo para ALK. En el caso del linfoma de células grandes anaplásicas (ALCL): el paciente tiene una enfermedad recidivante o resistente positiva para ALK. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZYNLONTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZYNLONTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | Linfomas de linfocitos B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (linfoma difuso de linfocitos B grandes relacionado con el VIH, derrame linfomatoso primario y linfoma difuso de linfocitos B grandes positivo para el virus del herpes humano 8 [VHH8], no especificado de otro modo) y transformación histológica de los linfomas indolentes para los linfomas difusos de linfocitos B grandes.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Información médica requerida</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                               |                                                                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo de autorización previa</b>           | ZYNYZ                                                                              |
| <b>Nombres de medicamentos</b>                | ZYNYZ                                                                              |
| <b>Indicador de indicación de PA</b>          | Todas las indicaciones aprobadas por la FDA                                        |
| <b>Usos no aprobados</b>                      | -                                                                                  |
| <b>Criterios de exclusión</b>                 | -                                                                                  |
| <b>Información médica requerida</b>           | Para el carcinoma de células de Merkel: la enfermedad es metastásica o recurrente. |
| <b>Restricciones de edad</b>                  | -                                                                                  |
| <b>Restricciones de la persona que receta</b> | -                                                                                  |
| <b>Duración de la cobertura</b>               | Año del plan                                                                       |
| <b>Otros criterios</b>                        | -                                                                                  |