

Previa autorización

Directrices de necesidad médica

Fecha de entrada en vigor: 1 de junio de 2023

Actualizado: 1 de junio de 2023

Estas directrices se actualizaron el 1 de junio de 2023. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el equipo de Servicio al cliente del Plan médico de Mass General Brigham. Visite [MassGeneralBrighamAdvantage.org/Rx-information](https://www.massgeneralbrigham.org/Rx-information) para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Puede ponerse en contacto con nuestro
equipo de Servicio al cliente llamando al:
855-833-3668 (TTY: 711)

1 de octubre al 31 de marzo
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST, de lunes a domingo

1 de abril al 30 de septiembre
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., EST, de lunes a viernes

Mass General Brigham Advantage Secure (HMO-POS)
Mass General Brigham Advantage (PPO),
y Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)

El plan médico de Mass General Brigham es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare que da planes HMO-POS y PPO. La inscripción en el plan médico de Mass General Brigham depende de la renovación del contrato.

Criterios de PA

Grupo de autorización previa	ABIRATERONA
Nombres del medicamento	ACETATO DE ABIRATERONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de próstata no metastásico (M0) con afectación ganglionar (N1)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ACITRETINA
Nombres del medicamento	ACITRETINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Prevención de cánceres de piel que no sean melanoma en personas de alto riesgo, liquen plano, queratosis folicular (enfermedad de Darier)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Psoriasis: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para metotrexato o ciclosporina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ACTIMMUNE
Nombres del medicamento	ACTIMMUNE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Micosis fungoide, síndrome de Sézary.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ADEMPAS
Nombres del medicamento	ADEMPAS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): la HAP se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos de HAP: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; Y 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood. Para la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) (grupo 4 de la OMS): 1) el paciente tiene HPTEC persistente o recurrente después de una endarterectomía pulmonar (EPA); O 2) el paciente tiene HPTEC inoperable con el diagnóstico confirmado mediante cateterismo cardíaco derecho Y mediante tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (MRI) o angiografía pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AIMOVIG
Nombres del medicamento	AIMOVIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: fármacos antiepilépticos (FAE), bloqueadores betaadrenérgicos o antidepresivos; O 2) el paciente tuvo intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de 4 semanas de cualquiera de los siguientes: fármacos antiepilépticos (FAE), bloqueadores betaadrenérgicos o antidepresivos. Para el tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió, al menos, 3 meses de tratamiento con el fármaco solicitado y tuvo una reducción de los días con migraña al mes con respecto al inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 3 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALDURAZYME
Nombres del medicamento	ALDURAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mucopolisacaridosis I (MPS I): el diagnóstico de MPS I se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la alfa-L-iduronidasa y/o mediante pruebas genéticas. Los pacientes con forma de Scheie (es decir, MPS I atenuada) deben tener síntomas de moderados a graves.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ALECENSA
Nombres del medicamento	ALECENSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) con ALK recurrente y metástasis cerebrales del CPNM con ALK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALOSETRÓN
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE ALOSETRÓN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de colon irritable (SCI) con predominio de diarrea grave: 1) el fármaco solicitado se receta a una mujer biológica o a una persona que se identifica como mujer; 2) síntomas crónicos de SCI que duran, al menos, 6 meses; 3) se han descartado anomalías del tubo gastrointestinal; Y 4) respuesta inadecuada a un tratamiento convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos o antidiarreicos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INHIBIDOR DE PROTEINASA ALFA 1
Nombres del medicamento	ARALAST NP, PROLASTINA-C, ZEMAIRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia del inhibidor de proteinasa alfa 1: el paciente debe tener 1) enfisema clínicamente evidente y 2) un nivel de inhibidor de la proteinasa alfa 1 en suero antes del tratamiento inferior a 11 micromol/l (80 mg/dl por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ALUNBRIG
Nombres del medicamento	ALUNBRIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) con ALK recurrente, metástasis cerebrales de CPNM con ALK y tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) con translocación de ALK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AMBRISENTÁN
Nombres del medicamento	AMBRISENTÁN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Hipertensión arterial pulmonar (HAP) (grupo 1 de la OMS): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de HAP: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ANFETAMINAS
Nombres del medicamento	ANFETAMINA/DEXTROANFETAMINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aceptadas médicamente.
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA); O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ARCALYST
Nombres del medicamento	ARCALYST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Prevención de exacerbaciones de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento reductor de uratos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de exacerbaciones de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento reductor de uratos (p. ej., alopurinol) (nuevos comienzos): 1) dos o más exacerbaciones de gota en los 12 meses anteriores; Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y colchicina; Y 3) uso simultáneo con un tratamiento reductor de uratos. Para la prevención de exacerbaciones de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento reductor de uratos (p. ej., alopurinol) (continuación): 1) el paciente debe haber logrado o mantenido un beneficio clínico (es decir, una reducción de la cantidad de ataques de gota o de los días de exacerbación) en comparación con el inicio; Y 2) debe haber un uso continuado del tratamiento reductor de uratos de forma simultánea con el fármaco solicitado. Para la pericarditis recurrente: el paciente debe haber tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las dosis máximas toleradas de un AINE y colchicina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Para la prevención de exacerbaciones de gota: 4 meses. Otro: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ARMODAFINILO
Nombres del medicamento	ARMODAFINILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia, y el diagnóstico se confirma mediante una evaluación de laboratorio del sueño; O 2) el paciente tiene un diagnóstico de trastorno por turno de trabajo (SWD); O 3) el paciente tiene un diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (AOS), y el diagnóstico se confirma mediante polisomnografía.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AUSTEDO
Nombres del medicamento	AUSTEDO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Síndrome de Tourette
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AUVELITY
Nombres del medicamento	AUVELITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (TDM): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), mirtazapina, bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AYVAKIT
Nombres del medicamento	AYVAKIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (TEGI) para enfermedad irreseccable, recurrente o metastásica sin mutación del exón 18 del receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa (PDGFRA).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple todos los criterios siguientes: 1) la enfermedad es FIP1L1- PDGFRA con reordenación; Y 2) la enfermedad alberga una mutación D842A de PDGFRA; Y 3) la enfermedad es resistente al imatinib. Para TEGI, el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) la enfermedad alberga la mutación del exón 18 de PDGFRA, incluidas las mutaciones D842V de PDGFRA; O 2) el fármaco solicitado se utilizará después del fracaso con, al menos, dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) en la enfermedad irreseccable, recurrente o metastásica sin mutación del exón 18 de PDGFRA. Para mastocitosis sistémica avanzada (AdvSM): 1) el paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica avanzada, incluidas mastocitosis sistémica agresiva (ASM), mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN) y leucemia mastocítica (LCM); Y 2) el paciente tiene un recuento plaquetario superior o igual a 50,000/microlitro (mcl).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa
Nombres del medicamento

B VS. D
ABELCET, ACETILCISTEÍNA, ACICLOVIR SÓDICO, SULFATO DE ALBUTEROL, ANFOTERICINA B, ANFOTERICINA B LIPOSOMAL, APREPITANT, TARTRATO DE ARFORMOTEROL, AZACITIDINA, AZATIOPRINA, BENDEKA, BUDESONIDA, CALCITONINA-SALMÓN, CALCITRIOL, CARBOPLATINO, CLORHIDRATO DE CINACALCET, CISPLATINO, CLINIMIX AL 4.25 %/DEXTROSA 1, CLINIMIX AL 4.25 %/DEXTROSA 5, CLINIMIX AL 5 %/DEXTROSA AL 15 %, CLINIMIX AL 5 %/DEXTROSA AL 20 %, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINISOL SF AL 15 %, CLINOLIPID, CROMOGLICATO SÓDICO, CICLOFOSFAMIDA, CICLOFOSFAMIDA MONOHIDR, CICLOSPORINA, CICLOSPORINA MODIFICADA, CITARABINA ACUOSA, DEXTROSA AL 50 %, DEXTROSA AL 70 %, TOXOIDE DIFTÉRICO/TETÁNICO, DOCETAXEL, DOXERCALCIFEROL, DOXORRUBICINA HCL, DOXORRUBICINA CLORHIDRATO, DRONABINOL, ELLENCE, ES GERIX-B, ETOPÓSIDO, EVEROLIMUS, FLUOROURACILO, FUMARATO DE FORMOTEROL, FREAMINA III, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINA HCL, CLORHIDRATO DE GEMCITABINA, GENGRAF, CLORHIDRATO DE GRANISETRON, HEPARINA SÓDICA, HEPLISAV-B, HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO, IBANDRONATO SÓDICO, RABIA IMOVAX (H.D.C.V.)), INTRALIPID, INTRON A, BROMURO DE IPRATROPIO, BROMURO DE IPRATROPIO/ALBUT, IRINOTECÁN, CLORHIDRATO DE IRINOTECÁN, KADCYLA, LEUCOVORINA CALCIO, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, CLORHIDRATO DELEVALBUTEROL, LEVOCARNITINA, LIDOCAÍNA HCL, CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, METOTREXATO, METOTREXATO SÓDICO, METILREDNISOLONA, ACETATO DE METILREDNISOLONA, METILREDNISOLONA SÓDICA, SULFATO DE MORFINA, SULFATO DE MORFINA/SÓDICO C, MICOFENOLATO DE MOFETILO, ÁCIDO MICOFENÓLICO DR, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, CLORHIDRATO DE ONDANSETRON, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATINO, PACLITAXEL, PACLITAXEL PARTÍCULAS UNIDAS A PROTEÍNAS, PAMIDRONATO DISÓDICO, PARAPLATINO, PARICALCITOL, PEMET REXED, ISETIONATO DE PENTAMIDINA, PLENAMINA, PREDNISOLONA, PREDNISOLONA FOSF. SÓDICO, PREDNISONA, PREDNISONA INTENSOL, PREHEVBRIO, PREMASOL, PROCALAMINA, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SANDIMMUNE, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TDVAX, TENIVAC, TOPOSAR, ELECTROLITOS TPN, TRAVASOL, TREXALL, TROFAMINA, SULFATO DE VINCRISTINA, TARTRATO DE VINOELBINA, XATMEP, ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

Indicador de indicación de PA

Usos extraoficiales

Criterios de exclusión

Información médica requerida

Restricciones de edad

Restricciones del médico que emite la receta

Duración de la cobertura

Todas las indicaciones aceptadas médicamente.

-

-

-

-

-

N/A

Otros criterios	Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Es posible que deba enviarse información que describa el uso y la configuración del fármaco para tomar la determinación.
Grupo de autorización previa	BAFIERTAM
Nombres del medicamento	BAFIERTAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BALVERSA
Nombres del medicamento	BALVERSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Carcinoma primario recurrente de la uretra, carcinoma urotelial recurrente o persistente de la vejiga.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma urotelial: la enfermedad presenta alteraciones genéticas susceptibles del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos 3 (FGFR3) o del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos 2 (FGFR2) Y el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento posterior para cualquiera de los siguientes: a) carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico, b) carcinoma primario recurrente de la uretra, c) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II si el tumor está presente después de la reevaluación del estado tumoral 2 a 3 meses después del tratamiento primario con quimiorradioterapia concurrente conservante de la vejiga, d) carcinoma urotelial de vejiga con recurrencia metastásica o local después de la cistectomía, o e) carcinoma urotelial de vejiga con recurrencia local invasora muscular o enfermedad persistente en una vejiga conservada.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BANZEL
Nombres del medicamento	RUFINAMIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Nombres del medicamento	BENLYSTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	Para pacientes nuevos en el tratamiento: lupus grave activo del sistema nervioso central.
Información médica requerida	Para el lupus eritematoso sistémico (LES): 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar estable (p. ej., corticosteroides o antipalúdicos) para el LES; O 2) el paciente no está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar estable para el LES porque tuvo intolerancia o tiene una contraindicación para los regímenes de tratamiento estándar. Para la nefritis lúpica: 1) el paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar estable (p. ej., corticosteroides) para la nefritis lúpica; O 2) el paciente no está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar estable para la nefritis lúpica porque tuvo intolerancia o tiene una contraindicación para los regímenes de tratamiento estándar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BERINERT
Nombres del medicamento	BERINERT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Profilaxis previa al procedimiento a corto plazo para crisis de angioedema hereditario (AEH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el angioedema hereditario (AEH): el fármaco solicitado se está utilizando para el tratamiento de las crisis de angioedema agudo. El paciente tiene AEH con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio O el paciente tiene AEH con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio. Para pacientes con AEH con inhibidor de C1 normal, 1) el paciente dio positivo para una mutación en el gen F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mioferina (MYOF); O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento antihistamínico en dosis altas durante, al menos, un mes.
Restricciones de edad	5 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo, o en consulta con dichos profesionales.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BESREMI
Nombres del medicamento	BESREMI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BETASERON
Nombres del medicamento	BETASERON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Nombres del medicamento	BEXAROTENE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Micosis fungoide, síndrome de Sézary, linfoma anaplásico de células grandes cutáneo primario positivo para CD30, papulosis linfomatoide positiva para CD30.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BOSENTAN
Nombres del medicamento	BOSENTAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de HAP: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSULIF
Nombres del medicamento	BOSULIF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (LLA Ph+), neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o la fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mielógena crónica (LMC) o la leucemia linfoblástica aguda (LLA), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL; y 2) si el paciente tuvo resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I, G250E, V299L y F317L. Para la LMC, incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de LMC y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el paciente ha tenido resistencia o intolerancia al imatinib o al dasatinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BRAFTOVI
Nombres del medicamento	BRAFTOVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal: el paciente debe cumplir ambos criterios siguientes: 1) el tumor es positivo para la mutación BRAF V600E; 2) el fármaco solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) como tratamiento posterior para la enfermedad avanzada o metastásica, o b) como tratamiento principal para las metástasis metacrónicas irresecables. Para el melanoma cutáneo: el paciente debe cumplir todos los criterios siguientes: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con binimetinib; y 3) el fármaco solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable o metastásica, o b) tratamiento sistémico adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRIVIACT
Nombres del medicamento	BRIVIACT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam.
Restricciones de edad	1 mes o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BRIVIACT INY.
Nombres del medicamento	BRIVIACT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam.
Restricciones de edad	1 mes o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRUKINSA
Nombres del medicamento	BRUKINSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia linfocítica crónica (LLC), linfoma linfocítico de células pequeñas (LLCP)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de zona marginal: 1) el fármaco solicitado se está utilizando para el tratamiento de la enfermedad recidivante o resistente, Y el paciente ha recibido, al menos, un régimen basado en anti-CD20; O 2) el fármaco solicitado se está utilizando para el tratamiento de la enfermedad resistente o progresiva, Y el paciente ha tenido intolerancia o tiene una contraindicación para el ibrutinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	BUDESONIDA CÁPSULAS
Nombres del medicamento	BUDESONIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento y mantenimiento de la colitis microscópica en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mantenimiento de la colitis microscópica: el paciente ha tenido una recidiva clínica después de la interrupción del tratamiento (inducción).
Restricciones de edad	Enfermedad de Crohn, tratamiento: 8 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Colitis microscópica, mantenimiento: 12 meses; todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BUPRENORFINA
Nombres del medicamento	BUPRENORFINA HCL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se receta para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides, Y el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: 1) la paciente está embarazada o en período de lactancia, y el fármaco solicitado se receta para el tratamiento de inducción o el tratamiento de mantenimiento posterior para el trastorno por uso de opioides; O 2) el fármaco solicitado se receta para el tratamiento de inducción para la transición del uso de opioides al tratamiento del trastorno por uso de opioides; O 3) el fármaco solicitado se receta para el tratamiento de mantenimiento para el trastorno por uso de opioides en un paciente intolerante a la naloxona.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CABOMETYX
Nombres del medicamento	CABOMETYX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV. Para el cáncer de pulmón no microcítico: 1) la enfermedad se reorganiza durante la transfección (RET) positiva; Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento posterior. Para el tumor del estroma gastrointestinal (TEGI): la enfermedad es irresecable, recurrente o metastásica, Y el paciente no ha tenido resultados con un tratamiento aprobado por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma: el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento posterior. Para el cáncer de tiroides diferenciado (CTD) (folicular, papilar, de células de Hurthle): 1) la enfermedad es localmente avanzada o metastásica; 2) la enfermedad ha progresado después de un tratamiento dirigido al receptor del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGFR); Y 3) el paciente es resistente al tratamiento con yodo radiactivo (YRA) o no es apto para el YRA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENO
Nombres del medicamento	CALCIPOTRIENO, CALCITRENO, ENSTILAR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la psoriasis: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un esteroide tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CALQUENCE
Nombres del medicamento	CALQUENCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmacítico, linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (MALT), linfoma no gástrico de MALT (no cutáneo), linfoma de zona marginal ganglionar, linfoma de zona marginal esplénico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma gástrico MALT, el linfoma no gástrico MALT, el linfoma de zona marginal ganglionar y el linfoma de zona marginal esplénico: 1) el fármaco solicitado se está utilizando para el tratamiento de la enfermedad resistente o progresiva; Y 2) el paciente ha tenido intolerancia o tiene una contraindicación para el ibrutinib. Para la leucemia linfocítica crónica o el linfoma linfocítico de células pequeñas: el paciente ha tenido intolerancia o tiene una contraindicación para el zanubrutinib o el ibrutinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CAPLYTA
Nombres del medicamento	CAPLYTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Latuda, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar I: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: olanzapina, quetiapina; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Latuda, Vraylar. Para el tratamiento de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar II: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a la quetiapina genérica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CAPRELSA
Nombres del medicamento	CAPRELSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Carcinoma tiroideo diferenciado: células papilares, foliculares y de Hurthle.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CARBAGLU
Nombres del medicamento	ÁCIDO CARGÚMICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia de N-acetilglutamato sintasa (NAGS): el diagnóstico de deficiencia de NAGS se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CAYSTON
Nombres del medicamento	CAYSTON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) pseudomonas aeruginosa está presente en los cultivos de las vías respiratorias del paciente; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección por pseudomonas aeruginosa o colonización en las vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CERDELGA
Nombres del medicamento	CERDELGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): 1) el diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas; y 2) el estado del metabolizador del CYP2D6 del paciente se ha establecido mediante una prueba aprobada por la FDA; y 3) el paciente es un metabolizador extensivo, un metabolizador intermedio o un metabolizador deficiente del CYP2D6.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CEREZYME
Nombres del medicamento	CEREZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Enfermedad de Gaucher tipo 2, enfermedad de Gaucher tipo 3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher, el diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CLOBAZAM
Nombres del medicamento	CLOBAZAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINA
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE CLOMIPRAMINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Depresión, trastorno de pánico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El fármaco solicitado se receta para uno de los siguientes: a) trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o b) trastorno de pánico; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: a) un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) o b) un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS); O 3) el fármaco solicitado se receta para la depresión; Y 4) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o el paciente tiene una contraindicación para dos de los siguientes: a) inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), b) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), c) mirtazapina o d) bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CLORAZEPATO
Nombres del medicamento	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: el médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas o utilizarlos con precaución o vigilarlos cuidadosamente). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el fármaco solicitado se está utilizando de forma simultánea con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) hasta que el ISRS/IRSN sea eficaz para los síntomas de ansiedad; O 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, AL MENOS, DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Ansiedad de alivio a corto plazo: 1 mes; trastornos de ansiedad: 4 meses; todos los demás diagnósticos: año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Grupo de autorización previa	CLOZAPINA ORODISPENSABLE
Nombres del medicamento	CLOZAPINA ORODISPENSABLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COMETRIQ
Nombres del medicamento	COMETRIQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), carcinoma tiroideo diferenciado: células papilares, foliculares y de Hurthle.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPNM: el medicamento solicitado se utiliza para el CPNM cuando la enfermedad del paciente expresa reordenamientos del gen reorganizado durante la transfección (RET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	COPIKTRA
Nombres del medicamento	COPIKTRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (LLC) o el linfoma linfocítico de células pequeñas (LLCP): el paciente tiene enfermedad recidivante o resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	COTELLIC
Nombres del medicamento	COTELLIC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento adyuvante del melanoma y del cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): el paciente debe cumplir ambos criterios siguientes: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib. Para el melanoma irreseccable o metastásico: el paciente debe cumplir ambos criterios siguientes: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con vemurafenib (con o sin atezolizumab).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CYSTADROPS
Nombres del medicamento	CYSTADROPS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente debe cumplir ambos criterios siguientes: 1) el diagnóstico de cistinosis fue confirmado por CUALQUIERA de los siguientes: a) la presencia del aumento de la concentración de cistina en los leucocitos, b) pruebas genéticas O c) demostración de cristales de cistina corneal mediante examen con lámpara de hendidura; Y 2) el paciente tiene acumulación de cristales de cistina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	CYSTAGON
Nombres del medicamento	CYSTAGON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El diagnóstico de cistinosis nefropática fue confirmado por CUALQUIERA de los siguientes: 1) presencia de aumento de la concentración de cistina en los leucocitos; 2) pruebas genéticas O 3) demostración de cristales de cistina corneal mediante examen con lámpara de hendidura.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CYSTARAN
Nombres del medicamento	CYSTARAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente debe cumplir ambos criterios siguientes: 1) el diagnóstico de cistinosis fue confirmado por CUALQUIERA de los siguientes: a) la presencia del aumento de la concentración de cistina en los leucocitos, b) pruebas genéticas O c) demostración de cristales de cistina corneal mediante examen con lámpara de hendidura; Y 2) el paciente tiene acumulación de cristales de cistina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINA
Nombres del medicamento	DALFAMPRIDINA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esclerosis múltiple, el paciente debe cumplir los siguientes requisitos: para los nuevos comienzos, antes de iniciar el tratamiento, el paciente muestra una alteración sostenida de la marcha. Para la continuación del tratamiento: el paciente debe haber tenido una mejora en la velocidad de la marcha U otra medida objetiva de la capacidad para caminar desde que comenzó a tomar el medicamento solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DAURISMO
Nombres del medicamento	DAURISMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Terapia posterior a la inducción después de la respuesta a la terapia anterior con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (LMA). LMA recidivante/resistente al tratamiento como componente de la repetición del régimen inicial satisfactorio de inducción.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda: 1) el fármaco solicitado debe utilizarse en combinación con la citarabina; 2) el paciente tiene 75 años o más O tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva; y 3) el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento de inducción, tratamiento posterior a la inducción o enfermedad recidivante o resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEFERASIROX
Nombres del medicamento	DEFERASIROX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la sobrecarga crónica de hierro debida a transfusiones de sangre: el nivel de ferritina sérica previo al tratamiento es superior a 1000 mcg/l.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DEMSEER
Nombres del medicamento	METYROSINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un antagonista alfa-adrenérgico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DESVENLAFAXINA
Nombres del medicamento	DESVENLAFAXINA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: a) inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), b) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), c) mirtazapina o d) bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DEXMETILFENIDATO
Nombres del medicamento	DEXMETILFENIDATO HCL, CLORHIDRATO DE DEXMETILFENIDATO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Fatiga relacionada con el cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDAD); O 2) el fármaco solicitado se receta para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de descartar otras causas de fatiga.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DHE NASAL
Nombres del medicamento	MESILATO DE DIHIDROERGOTAMINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes del CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un agonista del receptor triptano 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DIACOMIT
Nombres del medicamento	DIACOMIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	6 meses o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres del medicamento	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: el médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas o utilizarlos con precaución o vigilarlos cuidadosamente). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) el fármaco solicitado se está utilizando de forma simultánea con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) hasta que el ISRS/IRSN sea eficaz para los síntomas de ansiedad; O 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, AL MENOS, DOS agentes de las siguientes clases: a) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo para la ansiedad: 1 mes; espasmos musculares: 3 meses; trastornos de ansiedad: 4 meses; otros diagnósticos: plan anual
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.

Grupo de autorización previa	DOPTELET
Nombres del medicamento	DOPTELET
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para trombocitopenia en pacientes con hepatopatía crónica: el recuento de plaquetas sin transfundir antes de un procedimiento programado es inferior a 50,000/mcl. Para la trombocitopenia inmunitaria crónica (TPI): 1) para nuevos comienzos: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o es intolerante a la terapia anterior, como corticosteroides o inmunoglobulinas, Y b) el recuento de plaquetas no transfundidas en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O 30,000 a 50,000/mcl con sangrado sintomático o factores de riesgo de sangrado (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se anticipa pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica e hipertensión, terapia anticoagulante, profesión o estilo de vida que predispone al paciente a traumatismos). 2) Para la continuación del tratamiento, la respuesta del recuento plaquetario al fármaco solicitado: a) el recuento plaquetario actual es inferior o igual a 200,000/mcl O b) el recuento plaquetario actual es superior a 200,000/mcl e inferior o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará a un recuento plaquetario suficiente para evitar sangrados clínicamente importantes.
Restricciones de edad	18 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Enfermedad hepática crónica: 1 mes; TPI inicial: 6 meses; reautorización de la TPI: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DRIZALMA
Nombres del medicamento	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Dolor oncológico, dolor neuropático inducido por quimioterapia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetina; O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetina por cualquier motivo (p. ej., dificultad para tragar cápsulas, requiere administración nasogástrica).
Restricciones de edad	Trastorno de ansiedad generalizada: 7 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	DUPIXENT
Nombres del medicamento	DUPIXENT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica (DA), tratamiento inicial: 1) el paciente tiene enfermedad de moderada a grave; 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con un corticosteroide tópico o un inhibidor tópico de la calcineurina, O BIEN los corticosteroides tópicos y los inhibidores tópicos de la calcineurina no son aconsejables para el paciente. Para la DA, continuación del tratamiento: el paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el asma de moderada a grave, tratamiento inicial: el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) el paciente es dependiente de corticoesteroides orales y el asma sigue estando mal controlada a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: a) dosis altas de corticoesteroides inhalados y b) un controlador adicional (agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente presente intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos; O 2) 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 los dos medicamentos siguientes: a) dosis medias a altas de corticoesteroides inhalados y b) tratamiento de control adicional (agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente presente intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Para el asma de moderada a grave, continuación del tratamiento: el control del asma ha mejorado con el tratamiento con el fármaco solicitado. Para la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN): 1) el fármaco solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona).
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 6 meses o más; asma: 6 años o más; rinosinusitis crónica con poliposis nasal y prurigo nodular: 18 años o más; esofagitis eosinofílica: 12 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	DA, inicial: 4 meses; PN, inicial: 6 meses; todos los demás: Año del plan
Otros criterios	Para la esofagitis eosinofílica (EEo), el tratamiento inicial: 1) el diagnóstico se ha confirmado mediante biopsia esofágica; 2) el paciente pesa, al menos, 40 kilogramos; 3) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o el paciente tiene una contraindicación para un corticosteroide tópico (p. ej., propionato de fluticasona o budesonida). Para la EEo, continuación del tratamiento: el paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para el prurigo nodular (PN), tratamiento inicial: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con

un corticosteroide tópico O no se recomienda el uso de corticosteroides tópicos. Para el PN, continuación del tratamiento: el paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva.

Grupo de autorización previa	ELIGARD
Nombres del medicamento	ELIGARD
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tumores recurrentes de las glándulas salivales con receptores androgénicos positivos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EMSAM
Nombres del medicamento	EMSAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: a) inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), b) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), c) mirtazapina o d) bupropión; O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ENBREL
Nombres del medicamento	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Hidradenitis supurativa
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato (MTX); O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico previo o a un FARME sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada a una prueba con antiinflamatorios no esteroideos (AINE); O 2) intolerancia o contraindicación a los AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (ASC) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina, o acitretina, O b) tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina, o acitretina está contraindicada, 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 SC o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas]). Para la hidradenitis supurativa (solo nuevos comienzos): el paciente tiene enfermedad grave y resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ENDARI
Nombres del medicamento	ENDARI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	5 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPCLUSA
Nombres del medicamento	EPCLUSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (VHC): infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en el suero antes de iniciar el tratamiento. Pauta de tratamiento prevista, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia cuando proceda, estado del trasplante si procede. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las directrices de tratamiento actuales de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con las directrices actuales de la AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX
Nombres del medicamento	EPIDIOLEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	1 año o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EPRONTIA
Nombres del medicamento	EPRONTIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las crisis de inicio parcial: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento en monoterapia de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a los comprimidos o cápsulas de topiramato; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento complementario de las crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un anticonvulsivo genérico; Y 2) si el paciente tiene 4 años o más, el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a Spritam o Vimpat. Para el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a los comprimidos o cápsulas de topiramato; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones de edad	Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ERGOTAMINA
Nombres del medicamento	TARTRATO DE ERGOTAMINA/CAFEÍNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes del CYP3A4 (p. ej., ritonavir, nelfinavir, indinavir, eritromicina, claritromicina).
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, UN agonista del triptano 5-HT1.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE
Nombres del medicamento	ERIVEDGE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Meduloblastoma en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Meduloblastoma en adultos: el paciente ha recibido quimioterapia anteriormente Y tiene tumores con mutaciones en la vía de señalización hedgehog
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ERLEADA
Nombres del medicamento	ERLEADA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ERLOTINIB
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE ERLOTINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente, cordoma recurrente, carcinoma de células renales (CCR) recidivante o en estadio IV, metástasis cerebrales por cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) y cáncer pancreático recurrente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPNM (incluidas las metástasis cerebrales del CPNM): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el paciente tiene enfermedad sensibilizante con mutación del EGFR positiva. Para el cáncer pancreático: la enfermedad es localmente avanzada, irreseccable, recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ESBRIET
Nombres del medicamento	PIRFENIDONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (solo revisión inicial): 1) un estudio de tomografía axial computarizada de alta resolución (high-resolution computed tomography, HRCT) del tórax o una biopsia de pulmón revela el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP); O 2) el estudio de HRCT del tórax revela un resultado distinto del patrón de UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para la UIP), y el diagnóstico está respaldado por una biopsia pulmonar o por una conversación multidisciplinaria entre, al menos, un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia pulmonar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EUCRISA
Nombres del medicamento	EUCRISA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) Si el paciente tiene 2 años o más y el fármaco solicitado se utilizará en zonas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales, o pliegues de piel), el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o contraindicación para un inhibidor tópico de la calcineurina; O 2) si el paciente tiene 2 años o más y el fármaco solicitado se receta para su uso en zonas de la piel no sensibles (o restantes), el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, o contraindicación a un corticosteroide tópico de potencia media o superior o un inhibidor tópico de la calcineurina.
Restricciones de edad	3 meses o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EVEROLIMUS
Nombres del medicamento	EVEROLIMUS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia/linfoma linfoplasmacítico de Waldenstrom tratado previamente, sarcoma de tejidos blandos (tumores epitelioides perivasculares [PEComa] y subtipos de linfangioleiomiomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados, carcinoma tiroideo (papilar, célula de Hurthle y folicular), carcinoma endometrial, neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, positiva para el receptor hormonal (HR), negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); Y 2) el fármaco solicitado se prescribe en combinación con exemestano, fulvestrant o tamoxifeno; Y 3) el fármaco solicitado se utiliza para el tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV. Para el astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA): el fármaco solicitado se administra como tratamiento adyuvante. Para el tumor del estroma gastrointestinal: la enfermedad es recurrente, irsecable o metastásica, Y el paciente no ha respondido a un tratamiento aprobado por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) sintomática o recidivante/resistente, la enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/resistente y la histiocitosis de células de Langerhans (LCH): el paciente debe tener una mutación de la subunidad catalítica alfa de fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-cinasa (PIK3CA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EXKIVITY
Nombres del medicamento	EXKIVITY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Nombres del medicamento	FABRAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: 1) el diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas; O 2) el paciente es una mujer portadora obligada sintomática.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FANAPT
Nombres del medicamento	FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE POSOLÓGICO DE FANAPT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Latuda, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FASENRA
Nombres del medicamento	FASENRA, FASENRA PLUMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el asma grave: Para el tratamiento inicial: 1) a) el paciente tiene un recuento inicial de eosinófilos en sangre de, al menos, 150 células por microlitro O b) el paciente depende de corticoesteroides sistémicos; y 2) el paciente tiene antecedentes de asma grave a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: a) corticosteroide inhalado y b) controlador adicional (agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrieno o teofilina de liberación sostenida), a menos que el paciente presente intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Para la continuación del tratamiento: el control del asma ha mejorado con el tratamiento con el fármaco solicitado, como lo demuestra una reducción en la frecuencia o la gravedad de los síntomas y exacerbaciones o una reducción en la dosis diaria de corticoesteroides orales de mantenimiento.
Restricciones de edad	12 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FEBUXOSTAT
Nombres del medicamento	FEBUXOSTAT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento crónico de la hiperuricemia en un paciente con gota: 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con una dosis máxima ajustada de alopurinol; O 2) el paciente ha tenido intolerancia al alopurinol; O 3) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba con alopurinol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FENTANILO PARCHE
Nombres del medicamento	FENTANILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos, O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el fármaco solicitado se receta para el dolor lo suficientemente intenso como para requerir tratamiento diario, las 24 horas y a largo plazo en un paciente que ha estado tomando un opioide; Y 2) el paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada en función de sus antecedentes de uso de opioides [Nota: Este fármaco solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que conozcan el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]; Y 3) se ha evaluado al paciente y se le supervisará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para la continuación del tratamiento para un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante, al menos, 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante, al menos, una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres del medicamento	FETZIMA, PAQUETE DE AJUSTE POSOLÓGICO DE FETZIMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), mirtazapina, bupropión.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FINTEPLA
Nombres del medicamento	FINTEPLA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FLUCYTOSINA
Nombres del medicamento	FLUCYTOSINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	6 semanas
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FORTEO
Nombres del medicamento	FORTEO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	<p>Para la osteoporosis posmenopáusica: el paciente tiene UNO de los siguientes (1 o 2): 1) antecedentes de fractura por fragilidad; O 2) una puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5 o puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura de la herramienta de evaluación del riesgo de fracturas (FRAX) previa al tratamiento Y el paciente presenta ALGUNA de las siguientes características: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, tratamiento con glucocorticoides, puntuaciones T muy bajas o aumento del riesgo de caídas), O b) el paciente no ha respondido al tratamiento previo con un inyectable para la osteoporosis o es intolerante a él, O c) el paciente ha tenido una prueba con bisfosfonato oral de, al menos, 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisfosfonato oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene uno de los siguientes: 1) antecedentes de fractura vertebral o de cadera osteoporótica; O 2) puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5; O 3) puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX previa al tratamiento. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: el paciente se ha sometido a una prueba con bisfosfonatos orales de, al menos, 1 año de duración, a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bisfosfonato oral, Y el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por fragilidad; O 2) una puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5; O 3) una puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX previa al tratamiento. Continuación del tratamiento: si el paciente ha recibido tratamiento durante 24 meses o más con algún análogo de la hormona paratiroidea: 1) el paciente sigue teniendo o ha vuelto a tener un alto riesgo de fractura; Y 2) el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito supera los posibles riesgos para este paciente.</p>
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 24 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	El paciente tiene una probabilidad alta de fractura FRAX si la probabilidad a los 10 años es mayor o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica grave o mayor o igual al 3 % para una fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a prednisona) al día, la puntuación de riesgo estimada generada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica grave y por 1.2 para la fractura de cadera.

Grupo de autorización previa	FOTIVDA
Nombres del medicamento	FOTIVDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales avanzado: deben cumplirse los siguientes criterios: 1) la enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento; 2) el fármaco solicitado debe utilizarse después de, al menos, dos tratamientos sistémicos previos; y 3) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad o un evento adverso intolerable con una prueba con cabozantinib (Cabometyx).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	FYCOMPA
Nombres del medicamento	FYCOMPA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las crisis de inicio parcial: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a cualquiera de los siguientes: Aptiom, Vimpat, Xcopri, Spritam. Para el tratamiento complementario de las crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a un anticonvulsivo genérico; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes: Vimpat, Spritam.
Restricciones de edad	Convulsiones de inicio parcial: 4 años o más. Crisis tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GATTEX
Nombres del medicamento	GATTEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial del síndrome del intestino corto (SBS): los pacientes adultos dependían del apoyo parenteral durante, al menos, 12 meses. Para la continuación del SBS: la necesidad de apoyo parenteral ha disminuido con respecto al inicio durante el tratamiento con el fármaco solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un gastroenterólogo, cirujano gastrointestinal o especialista en apoyo nutricional, o en consulta con dichos profesionales.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GAVRETO
Nombres del medicamento	GAVRETO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico recurrente reorganizado durante la transfección (RET) con reordenamiento positivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer de pulmón no microcítico, el paciente debe cumplir todos los requisitos siguientes: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el tumor es positivo para la fusión de la proteína reordenada durante la transfección (RET) o positivo para el reordenamiento de RET.
Restricciones de edad	Cáncer de pulmón no microcítico: 18 años o más. Cáncer medular de tiroides y cáncer de tiroides: 12 años o más.
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres del medicamento	FINGOLIMOD
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GILOTRIF
Nombres del medicamento	GILOTRIF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene CPNM epidermoide metastásico que progresó después de la quimioterapia con platino; O 2) el paciente tiene enfermedad sensibilizante con mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	GLATIRÁMERO
Nombres del medicamento	ACETATO DE GLATIRÁMERO ACETATE, GLATOPA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	GRALISE
Nombres del medicamento	GRALISE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Neuralgia posherpética: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la gabapentina de liberación inmediata.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HORMONA DEL CRECIMIENTO
Nombres del medicamento	GENOTROPINA, GENOTROPINA MINIQUICK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aceptadas médicamente.
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	Deficiencia de hormona del crecimiento (GHD) pediátrica: el paciente (pt) es un neonato o se le diagnosticó GHD como neonato O cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) menor de 2.5 años (yo) con una estatura (ht) previa al tratamiento (antes del tratamiento) superior a 2 desviaciones estándares (DE) por debajo de la media y velocidad de crecimiento lenta; O 2) 2.5 años o más Y uno de los siguientes: a) velocidad de ht antes del tratamiento a 1 año más de 2 DE por debajo de la media O b) ht antes del tratamiento más de 2 DE por debajo de la media y velocidad de ht a 1 año más de 1 DE por debajo de la media, Y el paciente cumple cualquiera de los siguientes requisitos: 1) no superó 2 pruebas de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) previas al tratamiento (pico por debajo de 10 ng/ml); O 2) trastorno del sistema nervioso central (SNC) o la hipófisis (p. ej., defectos genéticos, anomalías estructurales adquiridas, anomalías estructurales congénitas) y factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) antes del tratamiento más de 2 DE por debajo de la media. Síndrome de Turner: 1) confirmado por cariotipado; Y 2) la estatura antes del tratamiento es inferior al percentil 5 para la edad. Pequeño para la edad gestacional (SGA): 1) peso (wt) al nacer inferior a 2500 g en edad gestacional (GA) superior a 37 semanas, O peso al nacer o longitud por debajo del tercer percentil para la GA o, al menos, 2 DE por debajo de la media para la GA; Y 2) no manifestó recuperación del crecimiento para la edad de 2 años. SGA: 2 años o más
Restricciones de edad	Prescrito por un endocrinólogo, endocrinólogo pediátrico, nefrólogo, especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo/especialista en apoyo nutricional o genetista, o en consulta con dichos profesionales.
Restricciones del médico que emite la receta	Año del plan
Duración de la cobertura	GHD en adultos: el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) no superó 2 pruebas de estimulación de la GH previas al tratamiento; O 2) IGF-1 previa al tratamiento estaba más de 2 DE por debajo de la media Y falló 1 prueba de estimulación de GH antes del tratamiento. (Nota: Las pruebas de estimulación incluyen lo siguiente: a) prueba de tolerancia a la insulina [ITT] [GH máxima menor o igual a 5 ng/ml], o b) prueba de estimulación con macrileno [nivel máximo de GH inferior a 2.8 ng/ml], o c) prueba de estimulación con glucagón [GST] [nivel máximo de GH inferior o igual a 3 ng/ml] para pacientes con un índice de masa corporal [IMC] 25-30 kg/m ² y probabilidad alta antes de la prueba de GHD [p. ej., anomalías estructurales adquiridas] o IMC inferior a 25 kg/m ² , o d) GST [nivel máximo de GH inferior o igual a 1 ng/ml] en pacientes con un IMC de 25-30 kg/m ² y probabilidad baja antes de la prueba de GHD o IMC superior a 30 kg/m ²); O 3) enfermedad hipotalámica-hipofisaria orgánica (p. ej., masa supraselar con cirugía previa e irradiación craneal) con 3 deficiencias de hormonas hipofisarias o más E IGF-1 previa
Otros criterios	

al tratamiento más de 2 DE por debajo de la media; O 4) defectos genéticos o estructurales hipotalámicos-hipofisarios; O 5) GHD de inicio en la infancia con anomalía congénita (genética o estructural) del hipotálamo, la hipófisis o el SNC. Renovación para GHD pediátrica, TS, SGA y GHD en adultos: el paciente está teniendo una mejoría.

Grupo de autorización previa	HAEGARDA
Nombres del medicamento	HAEGARDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el angioedema hereditario: el fármaco solicitado se está utilizando para la prevención de crisis agudas de angioedema. El paciente tiene angioedema hereditario (AEH) con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio, O el paciente tiene angioedema hereditario con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio. Para pacientes con AEH con inhibidor de C1 normal, 1) el paciente dio positivo para una mutación en el gen F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mioferina (MYOF); O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento antihistamínico en dosis altas durante, al menos, un mes.
Restricciones de edad	6 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo, o en consulta con dichos profesionales.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HARVONI
Nombres del medicamento	HARVONI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (VHC): infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en el suero antes de iniciar el tratamiento. Pauta de tratamiento prevista, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia cuando proceda, estado del trasplante si procede. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las directrices de tratamiento actuales de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Criterios aplicados de forma coherente con las directrices actuales de la AASLD-IDSA. Recordatorio para la opción de 8 semanas si procede.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HERCEPTINA
Nombres del medicamento	HERCEPTINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama irresecable recurrente o avanzado positivo para HER2, metástasis leptomenígeas del cáncer positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer positivas para HER2, adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, tumor de glándula salival recurrente positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la ficha técnica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama: 6 meses; otro: Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.
Grupo de autorización previa	HERCEPTINA HYLECTA
Nombres del medicamento	HERCEPTINA HYLECTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado e irresecable.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama: 6 meses; otro: Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	HERZUMA
Nombres del medicamento	HERZUMA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama irreseccable recurrente o avanzado positivo para HER2, metástasis leptomeníngicas del cáncer positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer positivas para HER2, adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, tumor de glándula salival recurrente positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la ficha técnica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama: 6 meses; otro: Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.
Grupo de autorización previa	HETLIOZ
Nombres del medicamento	TASIMELTEON
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno del sueño-vigilia que no es de 24 horas: 1) para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento: a) diagnóstico de ceguera total en ambos ojos (p. ej., retinas no funcionales) y b) incapaz de percibir la luz en cualquiera de los ojos; Y 2) si actualmente está recibiendo tratamiento con el fármaco solicitado, el paciente debe cumplir, al menos, uno de los siguientes criterios: a) aumento del sueño nocturno total o b) disminución de la duración de la siesta diurna. Para trastornos del sueño nocturnos en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) para el tratamiento inicial y el tratamiento de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS; Y 2) si actualmente está en tratamiento con el fármaco solicitado, el paciente tiene una mejora en la calidad del sueño desde el inicio del tratamiento.
Restricciones de edad	Sueño-vigilia que no es de 24 horas: 18 años o más SMS: 16 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con dichos profesionales.
Duración de la cobertura	Inicio: 6 meses; renovación: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HRM-ANTICONVULSIVOS
Nombres del medicamento	FENOBARBITAL, FENOBARBITAL SÓDICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Epilepsia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Este requisito de autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriatría identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlos atentamente).

Grupo de autorización previa	HRM-ANTIPARKINSON
Nombres del medicamento	MESILATO DE BENZTROPINA, TRIHEXIFENIDIL HCL, CLORHIDRATO DE TRIHEXIFENIDIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la 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 ha probado la amantadina, un fármaco alternativo no HRM; Y 2) el paciente tiene una contraindicación para la amantadina, un fármaco alternativo distinto de los HRM; O 3) el paciente ha probado la amantadina, un fármaco alternativo no HRM; Y 4) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al fármaco alternativo no HRM. Enfermedad de Parkinson: 1) el paciente ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos no HRM: amantadina, carbidopa/levodopa, pramipexol o ropinirol.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a dosis reducidas, utilizarlo con precaución o monitorearlo atentamente).

Grupo de autorización previa	HRM-CYPROHEPTADINE
Nombres del medicamento	CIPROHEPTADINA HCL, CLORHIDRATO DE CIPROHEPTADINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Prurito, espasticidad debido a lesión de la médula espinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la 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 ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolide nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátría identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlos atentamente).
Grupo de autorización previa	HRM-DIPYRIDAMOLE
Nombres del medicamento	DIPYRIDAMOLE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátría identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlos atentamente).

Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE ER
Nombres del medicamento	GUANFACINA ER, CLORHIDRATO DE GUANFACINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlos atentamente).
Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE IR
Nombres del medicamento	GUANFACINA HCL, CLORHIDRATO DE GUANFACINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlos atentamente).

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE
Nombres del medicamento	HIDROXYZINA HCL, CLORHIDRATO DE HIDROXYZINA, PAMOATO DE HIDROXYZINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la ansiedad: 1) el paciente ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina, o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina, o venlafaxina de liberación prolongada; O 3) el paciente no ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) el médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, dicyclomina, ciclobenzaprina) con el fármaco solicitado, el médico que emite la receta ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos de edad avanzada se asocia a un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlo atentamente).

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE INJ
Nombres del medicamento	HIDROXYZINA HCL, CLORHIDRATO DE HIDROXYZINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para el síndrome de abstinencia alcohólica: 1) el paciente no ha probado uno de los siguientes fármacos alternativos: clorazepato o lorazepam; Y 2) el paciente tiene una contraindicación para uno de los siguientes fármacos alternativos: clorazepato o lorazepam; O 3) el paciente ha probado uno de los siguientes fármacos alternativos: clorazepato o lorazepam; Y 4) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes fármacos alternativos: clorazepato o lorazepam. Para la ansiedad: 1) el paciente ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; O 3) el paciente no ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos: buspirona, duloxetina, escitalopram, sertralina o venlafaxina de liberación prolongada; Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo a dosis reducidas, utilizarlo con precaución o monitorearlo atentamente).

Grupo de autorización previa	HRM-HIPNÓTICOS
Nombres del medicamento	ZOLPIDEM TARTRATE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: 1) el paciente cumple uno de los siguientes requisitos: a) el paciente tiene una contraindicación para el fármaco alternativo no HRM (medicamento que no es de alto riesgo) doxepina (3 o 6 mg) O b) se ha probado el fármaco alternativo no HRM doxepina (3 o 6 mg) Y el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al fármaco alternativo no HRM doxepina (3 o 6 mg); Y 2) el médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente; Y 3) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) adicionales (p. ej., lorazepam, quetiapina, sertralina, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el fármaco solicitado, el médico que emite la receta ha determinado 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].
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlos atentamente). SE APLICA A MÁS DE 90 DÍAS ACUMULADOS DE TRATAMIENTO AL AÑO.

Grupo de autorización previa	HRM-PROMETHAZINE
Nombres del medicamento	PROMETAZINA HCL, PROMETAZINA HCL PLAIN, CLORHIDRATO DE PROMETAZINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la 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 ha probado dos de los siguientes fármacos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolide nasal; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes fármacos alternativos no HRM: levocetirizina, azelastina nasal, fluticasona nasal o flunisolide nasal.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátría identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlos atentamente).
Grupo de autorización previa	HRM-ESCOPOLAMINA
Nombres del medicamento	ESCOPOLAMINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Salivación excesiva
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátría identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlos atentamente).

Grupo de autorización previa	HRM-RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE CICLOBENZAPRINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) el médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente está usando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxibutinina, meclizina, paroxetina, amitriptilina, diciclomina, hidroxicina) con el fármaco solicitado, el médico que emite la receta ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos de edad avanzada se asocia a un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 70 años o más. (La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos de edad avanzada, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o monitorearlo atentamente).

Grupo de autorización previa	HUMIRA
Nombres del medicamento	HUMIRA, HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Espondiloartritis axial, síndrome de Behcet
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	<p>Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos):</p> <p>1) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato (MTX); O</p> <p>2) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico previo o a un FARME sintético dirigido. Para espondilitis anquilosante activa y espondiloartritis axial (solo nuevos comienzos):</p> <p>1) respuesta inadecuada a una prueba con antiinflamatorios no esteroideos (AINE); O</p> <p>2) intolerancia o contraindicación a los AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (ASC) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina, o acitretina está contraindicado, 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 SC o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingles, áreas intertriginosas] están afectadas). Para la enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional.</p>
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IBRANCE
Nombres del medicamento	IBRANCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Liposarcoma irreseccable bien diferenciado/desdiferenciado del retroperitoneo, cáncer de mama recurrente positivo para el receptor hormonal y negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ICATIBANT
Nombres del medicamento	ACETATO DE ICATIBANT, SAJAZIR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el angioedema hereditario (AEH): el fármaco solicitado se está utilizando para el tratamiento de las crisis de angioedema agudo. El paciente tiene AEH con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmada mediante pruebas de laboratorio O el paciente tiene AEH con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio. Para pacientes con AEH con inhibidor de C1 normal, 1) el paciente dio positivo para una mutación en el gen F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase 6 (HS3ST6) o mioferina (MYOF); O 2) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema, y el angioedema fue resistente a una prueba de tratamiento antihistamínico en dosis altas durante, al menos, un mes.
Restricciones de edad	18 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un inmunólogo, alergólogo o reumatólogo, o en consulta con dichos profesionales.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ICLUSIG
Nombres del medicamento	ICLUSIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1 o ABL1 en la fase crónica o la fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mielógena crónica (LMC) o la leucemia linfoblástica aguda (LLA), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL. En el caso de la LMC, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el paciente tiene LMC en fase acelerada o blástica y no está indicado ningún otro inhibidor de la cinasa, O 2) el paciente tiene LMC en fase crónica y ha tenido resistencia o intolerancia a, al menos, 2 inhibidores de la cinasa previos Y, al menos, uno de ellos fue imatinib o dasatinib; O 3) el paciente es positivo para la mutación T315I.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IDHIFA
Nombres del medicamento	IDHIFA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia mielógena aguda de diagnóstico reciente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la leucemia mieloide aguda (LMA) con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) el paciente tiene 60 años o más con LMA recién diagnosticada y cumple uno de los siguientes requisitos: a) el paciente no es candidato para el tratamiento de inducción intensivo, o b) el paciente rechaza la quimioterapia de inducción intensiva; O 2) el paciente tiene 60 años o más, y el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción tras la respuesta al tratamiento de inducción con el fármaco solicitado; O 3) el paciente tiene LMA recidivante o resistente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMATINIB
Nombres del medicamento	MESILATO DE IMATINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tumores desmoides, sinovitis vellonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinoviales (PVNS/TGCT), cordoma recurrente, melanoma, sarcoma de Kaposi, leucemia mielomonocítica crónica, enfermedad de injerto contra huésped crónica (cGVHD), leucemia linfoblástica aguda de linfocitos T con translocación de clase ABL, mastocitosis sistémica agresiva para mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando hay eosinofilia con el gen de fusión FIP1L1-PDGFR A, neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y ABL1, FIP1L1-PDGFR A, o reordenamiento de PDGFR B en la fase crónica o la fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la leucemia mielógena crónica (LMC) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia (LLA Ph+), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL. Para la LMC: el paciente no fracasó (excluido el fracaso debido a intolerancia) con un inhibidor de la tirosina cinasa. Para el melanoma: la mutación c-Kit es positiva.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA
Nombres del medicamento	IMBRUVICA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia de células pilosas, linfoma linfoplasmacítico, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), linfoma de linfocitos B relacionado con el SIDA, linfoma difuso de linfocitos B grandes, trastornos linfoproliferativos posteriores al trasplante, linfoma de linfocitos B de grado alto
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto: 1) el fármaco solicitado se utilizará en un paciente que haya recibido, al menos, un tratamiento previo; O 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con rituximab como tratamiento previo al tratamiento de inducción con RHyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y dexametasona); O 3) el paciente tiene 65 años o más Y el fármaco solicitado se utilizará en combinación con rituximab. Para el linfoma de zona marginal (incluido el linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica [MALT], el linfoma no gástrico de MALT, el linfoma de zona marginal ganglionar y el linfoma de zona marginal esplénica): el paciente ha recibido, al menos, un tratamiento previo. Para la leucemia de células pilosas: el fármaco solicitado se utilizará como agente único para la progresión de la enfermedad. Para el linfoma primario del SNC: 1) la enfermedad es recidivante o resistente; O 2) el fármaco solicitado se utiliza para el tratamiento de inducción en monoterapia. Para el linfoma difuso de linfocitos B grandes y el linfoma de linfocitos B de grado alto: el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior. Para el linfoma de linfocitos B relacionado con el SIDA: el fármaco solicitado se utilizará como agente único y como tratamiento de segunda línea o posterior para la enfermedad recidivante. Para los trastornos linfoproliferativos postrasplante: el fármaco solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioinmunoterapia previa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INCRELEX
Nombres del medicamento	INCRELEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	Para el retraso del crecimiento debido a una deficiencia primaria grave del factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) o a la eliminación del gen de la hormona del crecimiento (GH) en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH, el paciente cumple con todo lo siguiente antes de comenzar la terapia con el medicamento solicitado (solo nuevos comienzos): 1) altura 3 desviaciones estándares (DE) o más por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo; Y 2) nivel basal de IGF-1 3 DE o más por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo; Y 3) prueba de provocación de la hormona del crecimiento que muestra un nivel normal o elevado de la hormona del crecimiento. En caso de retraso del crecimiento debido a deficiencia primaria grave de IGF-1 o a la eliminación del gen de la GH en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes de la GH, continuación del tratamiento: el paciente está teniendo una mejoría.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INGREZZA
Nombres del medicamento	INGREZZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INLYTA
Nombres del medicamento	INLYTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Carcinoma tiroideo (papilar, de células de Hurthle o folicular)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INQOVI
Nombres del medicamento	INQOVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INREBIC
Nombres del medicamento	INREBIC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la cinasa Janus 2 (JAK2), mielofibrosis en fase acelerada, mielofibrosis en fase blástica/leucemia mieloide aguda
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: la enfermedad está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IR ANTES QUE ER
Nombres del medicamento	BITARTRATO DE HIDROCODONA ER, HYSINGLA ER, METADONA HCL, CLORHIDRATO DE METADONA I, SULFATO DE MORFINA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos, O el paciente cumple con todos los siguientes requisitos: 1) el fármaco solicitado se receta para el dolor lo suficientemente intenso como para requerir tratamiento diario, las 24 horas y a largo plazo en un paciente que ha estado tomando un opioide; Y 2) el paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada en función de sus antecedentes de uso de opioides [Nota: Este fármaco solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que conozcan el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]; Y 3) se ha evaluado al paciente y se le supervisará para detectar el desarrollo de trastorno por uso de opioides; Y 4) esta solicitud es para la continuación del tratamiento para un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante, al menos, 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante, al menos, una semana.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IRESSA
Nombres del medicamento	IRESSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente con mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) sensible.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM): 1) la enfermedad debe ser metastásica, avanzada o recurrente; Y 2) el paciente debe tener una mutación sensibilizante del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ISOTRETINOÍNA
Nombres del medicamento	ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOÍNA, MYORISAN, ZENATÁN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Acné común resistente al tratamiento, rosácea resistente grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de linfocitos T (CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary), riesgo alto de desarrollar cáncer de piel (cánceres de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (enfermedad de Darier), ictiosis laminar, pitiriasis rubra pilaris.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ITRACONAZOL
Nombres del medicamento	ITRACONAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Coccidioidomicosis, profilaxis de la coccidioidomicosis en la infección por VIH, criptococosis, microsporidiosis, talaromicosis (anteriormente peniciliosis), profilaxis de la histoplasmosis en la infección por VIH, profilaxis de la infección fúngica invasiva en el trasplante de hígado, enfermedad granulomatosa crónica (CGD) y neoplasia maligna hematológica, esporotricosis, pitiriasis versicolor, tiña versicolor, tiña corporal, tiña inguinal, tiña del cuero cabelludo, tiña de las manos, tiña de los pies.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la onicomicosis debido a dermatofitos (tiña de las uñas), el diagnóstico se ha confirmado mediante una prueba diagnóstica fúngica (p. ej., preparación de hidróxido de potasio [KOH], cultivo fúngico o biopsia ungueal).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Histoplasmosis diseminada/SNC, histoplasmosis/coccidioidomicosis/CGD ppx: 12 meses. Otros: 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IVERMECTINA COMPRIMIDOS
Nombres del medicamento	IVERMECTINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Ascariosis, larva migratoria cutánea, mansonelosis, sarna, gnatostomiasis, pediculosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IVIG
Nombres del medicamento	BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LÍQUIDO, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aceptadas médicamente.
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (LLC) de linfocitos B: 1) IgG sérica inferior a 500 mg/dl; O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para el trasplante de médula ósea o el trasplante de células madre hematopoyéticas (BMT/HSCT): 1) IVIG se solicita en los primeros 100 días después del trasplante; O 2) IgG sérica inferior a 400 mg/dl. Para la infección pediátrica por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): 1) IgG sérica inferior a 400 mg/dl; O 2) antecedentes de infecciones bacterianas recurrentes. Para la dermatomiositis y la polimiositis: 1) se ha probado, al menos, un tratamiento de primera línea estándar (corticoesteroides o inmunosupresores), pero no ha tenido éxito o no se ha tolerado; O 2) el paciente no puede recibir el tratamiento estándar debido a una contraindicación u otro motivo clínico. Para la aplasia eritrocítica pura (PRCA): la PRCA es secundaria a la infección por parvovirus B19.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	JAKAFI
Nombres del medicamento	JAKAFI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Mielofibrosis de menor riesgo, mielofibrosis en fase acelerada, mielofibrosis en fase blástica/leucemia mielógena aguda, leucemia linfoblástica aguda (LLA), leucemia mielomonocítica crónica (LMMC)-2, leucemia mielógena crónica atípica (LMCa) negativa para BCR-ABL, trombocitemia esencial y neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la policitemia vera: el paciente tuvo una respuesta inadecuada o intolerancia al tratamiento con interferón o hidroxiurea. En el caso de la leucemia linfoblástica aguda: el paciente tiene una mutación del factor 2 similar al receptor de citocinas (CRLF2) o una mutación asociada a la activación de la vía de la cinasa Janus/transductores de señales y activadores de la transcripción (JAK/STAT). Para CMML-2: el fármaco solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para la LMCa negativa para BCR-ABL: el fármaco solicitado se utiliza como agente único o en combinación con un agente hipometilante. Para la trombocitemia esencial: el paciente tuvo una respuesta inadecuada o pérdida de respuesta a la hidroxiurea, al tratamiento con interferón o a anagrelida. Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: la enfermedad está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	JAYPIRCA
Nombres del medicamento	JAYPIRCA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KALYDECO
Nombres del medicamento	KALYDECO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística (FQ): el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	4 meses o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KANJINTI
Nombres del medicamento	KANJINTI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama irreseccable recurrente o avanzado positivo para HER2, metástasis leptomeníngicas del cáncer positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer positivas para HER2, adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, tumor de glándula salival recurrente positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la ficha técnica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama: 6 meses; otro: Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	KESIMPTA
Nombres del medicamento	KESIMPTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KETOCONAZOL
Nombres del medicamento	KETOCONAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Síndrome de Cushing
Criterios de exclusión	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso simultáneo con fármacos contraindicados con comprimidos de ketoconazol: dofetilida, quinidina, pimozida, cisaprida, metadona, disopiramida, dronedarona, ranolazina, alcaloides ergot, irinotecán, lurasidona, midazolam oral, alprazolam, triazolam, felodipino, nisoldipino, tolvaptán, eplerenona, lovastatina, simvastatina o colchicina.
Información médica requerida	Los posibles beneficios superan los riesgos del tratamiento con ketoconazol oral. Para las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene cualquiera de los siguientes diagnósticos: blastomicosis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, cromomicosis o paracoccidioidomicosis. Para el síndrome de Cushing: el fármaco solicitado se receta a un paciente que no puede tolerar la cirugía o cuando la cirugía no ha sido curativa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KEVZARA
Nombres del medicamento	KEVZARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato (MTX); O 2) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico previo o a un FARME sintético dirigido. Para la polimialgia reumática (PMR) (solo nuevos comienzos): 1) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con corticoesteroides O BIEN, 2) El paciente tuvo una exacerbación de la enfermedad mientras intentaba reducir gradualmente los corticoesteroides.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KEYTRUDA
Nombres del medicamento	KEYTRUDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aceptadas médicamente.
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KISQALI
Nombres del medicamento	KISQALI, KISQALI FEMARA DOSIS DE 200, KISQALI FEMARA DOSIS DE 400, KISQALI FEMARA DOSIS DE 600
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente con receptores hormonales y sin receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KORLYM
Nombres del medicamento	KORLYM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un endocrinólogo o en consulta con dicho profesional
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	KRAZATI
Nombres del medicamento	KRAZATI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KYNMOBI
Nombres del medicamento	KYNMOBI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento continuo de episodios de ausencia de respuesta en la enfermedad de Parkinson: el paciente está teniendo una mejoría con el fármaco solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LAPATINIB
Nombres del medicamento	DITOSILATO DE LAPATINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Metástasis cerebrales del cáncer de mama con expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer recurrente positivo para HER2, cordoma con expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) recurrente, cáncer colorrectal con HER2 amplificado y RAS y BRAF de tipo natural en combinación con trastuzumab.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer de mama, el paciente cumple con lo siguiente: a) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica (incluidas las metástasis cerebrales), b) la enfermedad es positiva para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) y c) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con cualquiera de los siguientes: 1) inhibidor de la aromatasas, 2) capecitabina O 3) trastuzumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LENVIMA
Nombres del medicamento	DOSIS DIARIA DE LENVIMA 10 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 12 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 14 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 18 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 20 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 24 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 4 MG, DOSIS DIARIA DE LENVIMA 8 MG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma endometrial recurrente, carcinoma tímico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de tiroides diferenciado (células foliculares, papilares o de Hurthle): la enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo y es irresecable, localmente recurrente, persistente o metastásica. En el carcinoma hepatocelular: la enfermedad es irresecable o inoperable, local, metastásica o con una extensa carga tumoral hepática. En el carcinoma de células renales, la enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV. En el caso del carcinoma endometrial, la paciente cumple TODOS los criterios siguientes: 1) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica; 2) la paciente tuvo progresión de la enfermedad después de un tratamiento sistémico previo; Y 3) la paciente no es candidata para cirugía curativa o radiación.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LEUPRORELINA
Nombres del medicamento	ACETATO DE LEUPRORELINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Uso en combinación con la hormona del crecimiento en niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de las glándulas salivales con receptores androgénicos positivos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LIDOCAÍNA PARCHES
Nombres del medicamento	LIDOCAÍNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Dolor asociado a neuropatía diabética, dolor asociado a neuropatía relacionada con el cáncer (incluida neuropatía relacionada con el tratamiento [p. ej., neuropatía asociada a radioterapia o quimioterapia]).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LONSURF
Nombres del medicamento	LONSURF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal: La enfermedad es avanzada o metastásica. Para el adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica, deben cumplirse todos los criterios siguientes: 1) la enfermedad es irresecable localmente avanzada, recurrente o metastásica; y 2) el paciente ha sido tratado previamente con, al menos, dos líneas previas de quimioterapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LORBRENA
Nombres del medicamento	LORBRENA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente con expresión de la cinasa del linfoma anaplásico (ALK), CPNM recurrente, avanzado o metastásico con expresión del represor del silenciamiento (ROS)-1.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón no microcítico recurrente, avanzado o metastásico: 1) la enfermedad es positiva para la cinasa del linfoma anaplásico (ALK); O 2) la enfermedad es positiva para el reordenamiento del represor de silenciamiento (ROS)-1 y el fármaco solicitado se está utilizando después de la progresión de la enfermedad con crizotinib, entrectinib o ceritinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LUMAKRAS
Nombres del medicamento	LUMAKRAS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Nombres del medicamento	LUMIZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El diagnóstico de la enfermedad de Pompe se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LUPRON PED
Nombres del medicamento	LUPRON DEPOT-PED (1 MES), LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (PPC), los pacientes que no estén recibiendo tratamiento actualmente deben cumplir todos los criterios siguientes: 1) el diagnóstico de PPC se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un análisis de la hormona luteinizante (LH) de tercera generación; 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de PPC; y 3) el inicio de las características sexuales secundarias se produjo antes de los 8 años para las pacientes de sexo femenino O antes de los 9 años para los pacientes de sexo masculino.
Restricciones de edad	PPC: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre.
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS
Nombres del medicamento	LUPRON DEPOT (1 MES), LUPRON DEPOT (3 MESES)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama, cáncer epitelial de ovario/cáncer de la trompa de Falopio/cáncer peritoneal primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de los fibromas uterinos, la paciente debe cumplir uno de los siguientes requisitos: 1) diagnóstico de anemia (p. ej., hematocrito inferior o igual al 30 % o hemoglobina inferior o igual a 10 g/dl); O 2) el medicamento solicitado se utilizará antes de la cirugía para fibromas uterinos. Para el cáncer de mama, el fármaco solicitado se utiliza para la enfermedad con receptores hormonales (HR).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Fibromas: 3 meses (mes), máximo 6 meses en total. Endometriosis: 6 meses, máximo de 12 meses en total. Otros: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	LYNPARZA
Nombres del medicamento	LYNPARZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente negativo para HER2, con mutación de la línea germinal BRCA 1/2, cáncer de mama recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer de mama con mutación de la línea germinal BRCA 1/2, leiomioma uterino.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama recurrente o metastásico: la enfermedad presenta mutación de la línea germinal BRCA 1/2. Para el cáncer de próstata: el paciente ha progresado con un tratamiento previo dirigido al receptor androgénico. En el caso del cáncer epitelial de ovario, de las trompas de Falopio o peritoneal primario: el fármaco solicitado se utiliza para el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad en estadios II a IV o enfermedad recurrente que presenta respuesta completa o parcial a la quimioterapia. Para el leiomioma uterino: 1) el fármaco solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea; Y 2) la paciente tiene enfermedad alterada por BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LYTGOBI
Nombres del medicamento	LYTGOBI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Colangiocarcinoma extrahepático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el colangiocarcinoma: 1) el paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irreseccable, localmente avanzado o metastásico; 2) el paciente ha recibido tratamiento previo; Y 3) la enfermedad del paciente tiene una fusión génica del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos 2 (FGFR2) u otro reordenamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MAVYRET
Nombres del medicamento	MAVYRET
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (clase B o C de Child Turcotte Pugh [CTP]).
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (VHC): infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en el suero antes de iniciar el tratamiento. Pauta de tratamiento prevista, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C de CTP]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia cuando proceda, estado del trasplante si procede. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las directrices de tratamiento actuales de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con las directrices actuales de la AASLD-IDSA
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Nombres del medicamento	ACETATO DE MEGESTROL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol 40 mg/ml.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEKINIST
Nombres del medicamento	MEKINIST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Metástasis cerebrales debidas a melanoma, melanoma uveal, cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), cáncer de ovario seroso de grado bajo, tumores epiteliales ováricos límite (bajo potencial maligno) con implantes invasivos, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman, cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento adyuvante del melanoma: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para el melanoma irresecable o metastásico: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) el fármaco solicitado se utilizará como agente único o en combinación con dabrafenib. En el caso de las metástasis cerebrales del melanoma, cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), cáncer de pulmón no microcítico, tumores sólidos y cáncer anaplásico de tiroides: 1) el tumor es positivo para una mutación V600E de BRAF; y 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib. Para el melanoma uveal, el fármaco solicitado se utilizará como agente único. En el caso del cáncer seroso de ovario de grado bajo y los tumores epiteliales ováricos límite (bajo potencial maligno) con implantes invasivos: el fármaco solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente. Para el cáncer de vesícula biliar, el colangiocarcinoma intrahepático y el colangiocarcinoma extrahepático: 1) el tumor es positivo para una mutación V600E de BRAF; 2) la enfermedad es irresecable o metastásica; y 3) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MEKTOVI
Nombres del medicamento	MEKTOVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma cutáneo: el paciente debe cumplir todos los criterios siguientes: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con encorafenib; y 3) el fármaco solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irreseccable o metastásica, o b) tratamiento sistémico adyuvante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MEMANTINA
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE MEMANTINA, CLORHIDRATO DE MEMANTINA E
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta edición solo se aplica a pacientes menores de 30 años.

Grupo de autorización previa	METILFENIDATO
Nombres del medicamento	METADATO ER, CLORHIDRATO DE METILFENIDATO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aceptadas médicamente.
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDAD); O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño; O 3) el fármaco solicitado se receta para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de descartar otras causas de fatiga.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MIGLUSTAT
Nombres del medicamento	MIGLUSTAT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): el diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MODAFINIL
Nombres del medicamento	MODAFINIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia, y el diagnóstico se confirma mediante una evaluación de laboratorio del sueño; O 2) el paciente tiene un diagnóstico de trastorno por turno de trabajo (SWD); O 3) el paciente tiene un diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (AOS), y el diagnóstico se confirma mediante polisomnografía
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MONJUVI
Nombres del medicamento	MONJUVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	MVASI
Nombres del medicamento	MVASI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (SNC): glioma de grado bajo en adultos (grado I o II de la OMS), ependimoma intracraneal y espinal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebrales limitadas y extensas, y tumores de columna metastásicos, mesotelioma pleural maligno, tipos de cáncer de ovario/cáncer de trompa de Falopio/cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores müllerianos mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de grado bajo, tumores epiteliales ováricos límite (bajo potencial maligno) con implantes invasivos y tumores malignos del estroma medular, tipos de sarcoma de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, neoplasias uterinas, carcinoma de endometrio, carcinoma de células escamosas vulvares y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidea y los subtipos de proliferación angiomasosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía de prematuridad, carcinoma hepatocelular, adenocarcinoma del intestino delgado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	NAGLAZYME
Nombres del medicamento	NAGLAZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El diagnóstico de mucopolisacaridosis VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NATPARA
Nombres del medicamento	NATPARA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	Hipoparatiroidismo posquirúrgico agudo (en los 6 meses previos a la cirugía) y recuperación prevista del hipoparatiroidismo.
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NERLYNX
Nombres del medicamento	NERLYNX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), metástasis cerebrales de cáncer de mama positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NEXAVAR
Nombres del medicamento	NEXAVAR, TOSILATO DE SORAFENIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y subtipos de tumores fibrosos solitarios), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer epitelial de ovario, cáncer de trompas de Falopio, cáncer peritoneal primario, neoplasias linfoides, mieloides o de linaje mixto con eosinofilia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda: la enfermedad es positiva para la mutación en la duplicación interna en tándem de la tirosina cinasa 3 similar a la FMS (FLT3-ITD) Y se cumple cualquiera de los siguientes criterios (1 O 2): 1) el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas; O 2) el fármaco solicitado se utiliza en combinación con azacitidina o decitabina para el tratamiento de inducción de baja intensidad o el tratamiento posterior a la inducción Y a) el paciente tiene una edad fisiológica de 60 años o más o b) la enfermedad es recidivante/resistente al tratamiento. Para el carcinoma tiroideo: la histología es folicular, papilar, de células de Hurthle o medular. Para el tumor del estroma gastrointestinal (TEGI): la enfermedad es irreseccable, recurrente o metastásica, Y el paciente no ha tenido resultados con un tratamiento aprobado por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el carcinoma de células renales: el paciente cumple TODOS los siguientes requisitos: 1) la enfermedad está avanzada; Y 2) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad o un evento adverso intolerable con una prueba con cabozantinib o axitinib. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia: 1) La enfermedad tiene un reordenamiento de FLT3; Y 2) la enfermedad está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NINLARO
Nombres del medicamento	NINLARO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente al tratamiento, macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma linfoplasmacítico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NITISINONA
Nombres del medicamento	NITISINONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la tirosinemia hereditaria tipo 1 (HT-1): el diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes: 1) pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en orina) o 2) pruebas de ADN (análisis de mutación).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NORTHERA
Nombres del medicamento	DROXIDOPA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para hipotensión ortostática neurogénica (HOn): Antes del tratamiento inicial, el paciente presenta una disminución constante y persistente de la presión arterial sistólica de, al menos, 20 mmHg O una disminución de la presión arterial diastólica de, al menos, 10 mmHg en los 3 minutos posteriores a la prueba de ponerse de pie o de inclinar la cabeza hacia arriba. Para continuar el tratamiento para la HOn, el paciente debe tener una reducción sostenida de los síntomas de HOn (es decir, disminución de los mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Tanto para el tratamiento inicial como para la continuación del tratamiento para la HOn, el fármaco solicitado se utilizará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada a uno de los siguientes diagnósticos: 1) fallo autónomo primario debido a la enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica o fallo autónomo puro; O 2) deficiencia de dopamina beta-hidroxilasa; O 3) neuropatía autónoma no diabética.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NOXAFIL SUSPENSIÓN
Nombres del medicamento	NOXAFIL, POSACONAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la candidiasis orofaríngea: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para fluconazol.
Restricciones de edad	13 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Candidiasis bucofaríngea: 1 mes. Todas las demás indicaciones: 6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUBEQA
Nombres del medicamento	NUBEQA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NUEDEXTA
Nombres del medicamento	NUEDEXTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	NUPLAZID
Nombres del medicamento	NUPLAZID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse antes de la aparición de los síntomas psicóticos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NURTEC
Nombres del medicamento	NURTEC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Tratamiento de la migraña aguda: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un agonista del receptor triptano 5-HT1. Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento con una prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes: fármacos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos o antidepresivos; O 2) el paciente tuvo intolerancia o tiene una contraindicación que prohibiría una prueba de 4 semanas con cualquiera de los siguientes: fármacos antiepilépticos (FAE), agentes bloqueantes beta-adrenérgicos o antidepresivos. Tratamiento preventivo de la migraña, continuación: el paciente recibió, al menos, 3 meses de tratamiento con el fármaco solicitado y tuvo una reducción de los días con migraña al mes con respecto al inicio.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento preventivo de la migraña, inicial: 3 meses; todas las demás indicaciones: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OCTREOTIDA
Nombres del medicamento	ACETATO DE OCTREOTIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Control tumoral de timomas y carcinomas tímicos.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia (inicial): 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) antes del tratamiento para la edad o el sexo en función del intervalo de referencia del laboratorio; y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el que el paciente no se ha sometido a cirugía o radioterapia. Para la continuación del tratamiento de la acromegalia: el nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento. Para el control tumoral de timomas y carcinomas tímicos, el fármaco solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: 1) enfermedad localmente avanzada o metastásica; 2) después de la resección tumoral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ODOMZO
Nombres del medicamento	ODOMZO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OFEV
Nombres del medicamento	OFEV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OGIVRI
Nombres del medicamento	OGIVRI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama irreseccable recurrente o avanzado positivo para HER2, metástasis leptomeníngicas del cáncer positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer positivas para HER2, adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, tumor de glándula salival recurrente positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la ficha técnica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama: 6 meses; otro: Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	OMNIPOD
Nombres del medicamento	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (G, OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5), OMNIPOD CLASSIC PDM START, OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN, OMNIPOD DASH INTRO KIT (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) el paciente se autodiagnostica los niveles de glucosa 4 veces al día o más O el paciente está utilizando un monitor de glucosa continuo; Y 3) el paciente ha tenido 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 u oscilaciones glucémicas graves. Continuación: el paciente tiene un control glucémico estable o mejorado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ONTRUZANT
Nombres del medicamento	ONTRUZANT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama irreseccable recurrente o avanzado positivo para HER2, metástasis leptomeníngicas del cáncer positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer positivas para HER2, adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, tumor de glándula salival recurrente positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la ficha técnica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama: 6 meses; otro: Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	ONUREG
Nombres del medicamento	ONUREG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OPSUMIT
Nombres del medicamento	OPSUMIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de HAP: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FENTANILO ORAL-INTRANASAL
Nombres del medicamento	CITRATO DE FENTANILO ORAL TRA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El fármaco solicitado está indicado únicamente para el tratamiento del dolor intercurrente relacionado con el CÁNCER. El fármaco solicitado se receta para el tratamiento del dolor intercurrente en un paciente con CÁNCER con dolor subyacente; Y 2) el código de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) proporcionado respalda el diagnóstico RELACIONADO CON EL CÁNCER. [Nota: Para la aprobación de la cobertura de medicamentos, el código de diagnóstico de la ICD proporcionado DEBE respaldar el diagnóstico RELACIONADO CON EL CÁNCER]; Y 3) el paciente está recibiendo actualmente, y seguirá recibiendo, tratamiento con opioides las 24 horas para el dolor subyacente por CÁNCER; Y 4) el fármaco solicitado está destinado solo para su uso en pacientes que toleran opioides. El paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada en función de su historial actual de uso de opioides. [Nota: Los pacientes considerados tolerantes a los opioides son aquellos que están tomando medicamentos las 24 horas del día que consisten en, al menos 60 mg de morfina oral al día, al menos 25 mcg por hora de fentanilo transdérmico, al menos 30 mg de oxycodona oral al día, al menos 60 mg de hidrocodona oral al día, al menos 8 mg de hidromorfona oral al día, al menos 25 mg de oximorfona oral al día, o una dosis equianalgésica de otro medicamento opioide al día durante una semana o más].
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORENITRAM
Nombres del medicamento	ORENITRAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ORGOVYX
Nombres del medicamento	ORGOVYX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ORKAMBI
Nombres del medicamento	ORKAMBI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística (FQ): el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	1 año o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ORSERDU
Nombres del medicamento	ORSERDU
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor hormonal, negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Cáncer de mama: 1) la enfermedad es positiva para el receptor de estrógenos (ER), negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) y con mutación de ESR1 Y 2) la paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) la enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica Y la paciente presenta progresión de la enfermedad después de al menos una línea de hormonoterapia O b) la enfermedad no ha respondido al tratamiento sistémico prequirúrgico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OTEZLA
Nombres del medicamento	OTEZLA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas (solo nuevos comienzos): el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: 1) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a CUALQUIERA de los siguientes: a) un tratamiento tópico (p. ej., corticoesteroides tópicos, inhibidores de la calcineurina, análogos de la vitamina D), b) fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o c) tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina; O 2) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OXANDROLONA
Nombres del medicamento	OXANDROLONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Caquexia asociada con el SIDA (desgaste por VIH), para mejorar el crecimiento en pacientes con síndrome de Turner
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Síndrome de Turner: año del plan; todos los demás diagnósticos: 6 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura si la solicitud es para una indicación excluida de la Parte D de Medicare.
Grupo de autorización previa	PANRETINA
Nombres del medicamento	PANRETINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento tópico de lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PAROXETINA SUSPENSIÓN
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE PAROXETINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PEGASYS
Nombres del medicamento	PEGASYS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Neoplasia mieloproliferativa (trombocitemia esencial, policitemia vera, mielofibrosis sintomática de riesgo bajo), mastocitosis sistémica, leucemia/linfoma de linfocitos T del adulto, micosis fungoide/síndrome de Sézary, trastornos linfoproliferativos cutáneos primarios de linfocitos T CD30+, leucemia de células pilosas, enfermedad de Erdheim-Chester.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hepatitis C crónica: virus de la hepatitis C (VHC) confirmado por la presencia de ARN del VHC en suero antes de iniciar el tratamiento y la pauta de tratamiento prevista.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	VHC: 12 a 48 semanas. Criterios aplicados de forma coherente con las directrices actuales de la AASLD-IDSA. VHB: 48 semanas. Otro: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PEMAZYRE
Nombres del medicamento	PEMAZYRE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FGFR1: la enfermedad está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	FENILBUTIRATO
Nombres del medicamento	FENILBUTIRATO SÓDICO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para los trastornos del ciclo de la urea (UCD): el diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PHESGO
Nombres del medicamento	PHESGO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama: 6 meses. Otro: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PIQRAY
Nombres del medicamento	PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA, PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA, PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor hormonal (HR), negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), con mutación en PIK3CA en combinación con fulvestrant.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	POMALYST
Nombres del medicamento	POMALYST
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante/resistente al tratamiento, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), síndrome POEMS.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mieloma múltiple: el paciente ha recibido previamente, al menos, dos tratamientos previos para el mieloma múltiple, incluido un inmunomodulador Y un inhibidor del proteasoma. Para el sarcoma de Kaposi, el paciente cumple uno de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); o 2) el paciente tiene un resultado negativo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	POSACONAZOL
Nombres del medicamento	POSACONAZOL DR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se utilizará por vía oral. Para la profilaxis de infecciones invasivas por Aspergillus y Cándida: el paciente pesa más de 40 kilogramos. Tratamiento de la aspergilosis invasiva: 13 años o más; profilaxis de las infecciones invasivas por Aspergillus y Cándida: 2 años o más
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PRALUENT
Nombres del medicamento	PRALUENT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PREGABALINA
Nombres del medicamento	PREGABALINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Dolor neuropático relacionado con el cáncer, dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la neuralgia posherpética, el tratamiento del dolor neuropático asociado a la neuropatía periférica diabética, el dolor neuropático relacionado con el cáncer y el dolor neuropático relacionado con el tratamiento del cáncer: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a la gabapentina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PREVMIS
Nombres del medicamento	PREVMIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV): 1) el paciente es seropositivo para CMV; 2) el paciente recibe un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (TCMH); Y 3) el fármaco solicitado no se utilizará más allá del día 100 después del trasplante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PROCRIT
Nombres del medicamento	PROCRIT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Anemia debida a síndromes mielodisplásicos (SMD), anemia en la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), anemia en la artritis reumatoide (AR), anemia debida al tratamiento de la hepatitis C (ribavirina en combinación con interferón alfa o peginterferón alfa)
Criterios de exclusión	Pacientes que reciben quimioterapia con intención curativa. Pacientes con cáncer mielóide.
Información médica requerida	Los requisitos relativos a los valores de hemoglobina (Hgb) excluyen los valores debido a una transfusión reciente. Para la aprobación inicial: 1) para todos los usos excepto la anemia debida a quimioterapia o síndrome mielodisplásico (SMD): el paciente tiene reservas de hierro adecuadas (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20 %); Y 2) para todos los usos excepto la cirugía: la Hgb antes del tratamiento (sin tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) es inferior a 10 g/dl (menos de 9 g/dl para la anemia en la insuficiencia cardíaca congestiva); Y 3) para el SMD: el nivel de eritropoyetina sérica antes del tratamiento es de 500 unidades/l internacionales o menos. Para las reautorizaciones (el paciente recibió tratamiento con eritropoyetina en el mes anterior) en todos los usos, excepto la cirugía: 1) el paciente ha recibido, al menos, 12 semanas de tratamiento con eritropoyetina; Y 2) el paciente respondió al tratamiento con eritropoyetina; Y 3) la Hgb actual es inferior a 12 g/dl; Y 4) para todos los usos, excepto la anemia debida a quimioterapia o el SMD: el paciente tiene reservas de hierro adecuadas (por ejemplo, una saturación de transferrina [TSAT] mayor o igual al 20 %).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	16 semanas
Otros criterios	La cobertura incluye el uso para la anemia en pacientes cuyas creencias religiosas prohíben las transfusiones de sangre. La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible en virtud de las Partes A o B a medida que se prescribe y dispensa o administra el medicamento a la persona (p. ej., se utiliza para el tratamiento de la anemia de un paciente con insuficiencia renal crónica que se somete a diálisis, o se proporciona desde el incidente de suministro del médico a un servicio médico).

Grupo de autorización previa	PROMACTA
Nombres del medicamento	PROMACTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la trombocitopenia inmunitaria (TPI) crónica o persistente: 1) Para nuevos comienzos: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o es intolerante a un tratamiento previo como corticoesteroides o inmunoglobulinas, b) el recuento de plaquetas sin transfundir en cualquier momento antes del inicio del medicamento solicitado es inferior a 30,000/mcl O 30,000-50,000/mcl con hemorragia sintomática o factores de riesgo de hemorragia (p. ej., someterse a un procedimiento médico o dental en el que se prevé la pérdida de sangre, comorbilidades como úlcera péptica e hipertensión, tratamiento anticoagulante, profesión o estilo de vida que predisponga al paciente a un traumatismo) Y c) solo para la TPI crónica: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia al avatrombopag. 2) Para la continuación del tratamiento, la respuesta del recuento plaquetario al fármaco solicitado: a) el recuento plaquetario actual es inferior o igual a 200,000/mcl O b) el recuento plaquetario actual es superior a 200,000/mcl e inferior o igual a 400,000/mcl, y la dosis se ajustará a un recuento plaquetario suficiente para evitar sangrados clínicamente importantes. Para la trombocitopenia asociada con la hepatitis C crónica: 1) Para los nuevos comienzos: el fármaco solicitado se utiliza para iniciar y mantener el tratamiento a base de interferón. 2) Para la continuación del tratamiento: el paciente está recibiendo tratamiento a base de interferón. Para la anemia aplásica (AA) grave: 1) Para nuevos comienzos: a) el paciente utilizará el fármaco solicitado con el tratamiento inmunosupresor estándar para el tratamiento de primera línea O b) el paciente tuvo una respuesta insuficiente al tratamiento inmunosupresor. 2) Para la continuación del tratamiento: 1) el recuento de plaquetas actual es de 50,000-200,000/mcl; O 2) el recuento de plaquetas actual es inferior a 50,000/mcl y el paciente no ha recibido el tratamiento ajustado adecuadamente durante, al menos, 16 semanas; O 3) el recuento de plaquetas actual es inferior a 50,000/mcl y el paciente es independiente de transfusiones; O 4) el recuento de plaquetas actual es superior a 200,000/mcl e inferior o igual a 400,000/mcl y la dosificación se ajustará para lograr y mantener un recuento de plaquetas objetivo adecuado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	VHC: 6 meses; TPI/AA inicial: 6 meses; reautorización de TPI: año del plan; reautorización de AA: APR-año del plan; IPR: 16 semanas
Otros criterios	APR: respuesta plaquetaria adecuada (superior a 50,000/mcl), IPR: respuesta plaquetaria inadecuada (inferior a 50,000/mcl).

Grupo de autorización previa	PULMOZYME
Nombres del medicamento	PULMOZYME
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el diagnóstico de fibrosis quística se confirmó mediante pruebas diagnósticas o genéticas adecuadas.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.
Grupo de autorización previa	QINLOCK
Nombres del medicamento	QINLOCK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QUETIAPINA XR
Nombres del medicamento	FUMARATO DE QUETIAPINA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	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
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esquizofrenia, el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I, tanto en monoterapia como adyuvante al litio o al divalproex, el tratamiento agudo de episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar, el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I, como adyuvante al litio o al divalproex, el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor o el tratamiento de mantenimiento en monoterapia en el trastorno bipolar I: el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: A) aripiprazol, B) asenapina, C) olanzapina, D) quetiapina de liberación inmediata, E) risperidona, F) ziprasidona. Para todas las indicaciones: si el paciente tiene 65 años 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 fármaco solicitado, el médico que emite la receta determinó que tomar múltiples medicamentos activos del sistema nervioso central (SNC) es médicamente necesario. [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].
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SULFATO DE QUININA
Nombres del medicamento	SULFATO DE QUININA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Babesiosis, paludismo por Plasmodium vivax no complicado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REGRANEX
Nombres del medicamento	REGRANEX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	20 semanas
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RELISTOR INJ
Nombres del medicamento	RELISTOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no oncológico, incluido el dolor crónico relacionado con el cáncer previo o su tratamiento que no requiere un aumento frecuente (por ejemplo, semanal) de la dosis de opioides: 1) el paciente no puede tolerar los medicamentos orales; O 2) el paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un fármaco oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no oncológico (p. ej., Movantik) O b) el paciente tiene una contraindicación que prohibiría una prueba con un fármaco oral indicado para el estreñimiento inducido por opioides en un paciente con dolor crónico no oncológico (p. ej., Movantik).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	4 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REMICADE
Nombres del medicamento	INFLIXIMAB, REMICADE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangitis (granulomatosis de Wegener), hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenosa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa (solo nuevos comienzos): 1) el paciente presenta enfermedad fistulizante; O 2) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 3) intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida, O b) intolerancia o contraindicación a MTX Y leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico previo o a un FARME sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): respuesta inadecuada a una prueba con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) O intolerancia o contraindicación a los AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (ASC) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina está contraindicado, O c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un agente biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la SC o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo nuevos comienzos): el paciente tiene enfermedad grave resistente al tratamiento. Para la uveítis (solo nuevos comienzos): respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a una prueba con un tratamiento inmunosupresor para la uveítis. Para indicaciones aprobadas por la FDA y usos extraoficiales que se solapan: el paciente tuvo un evento adverso intolerable a Renflexis, y ese evento adverso NO se atribuyó al principio activo como se describe en la ficha técnica.

Grupo de autorización previa	RENFLEXIS
Nombres del medicamento	RENFLEXIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Síndrome de Behcet, granulomatosis con poliangitis (granulomatosis de Wegener), hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pioderma gangrenosa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa (solo nuevos comienzos): 1) el paciente presenta enfermedad fistulizante; O 2) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 3) intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional. Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida, O b) intolerancia o contraindicación a MTX Y leflunomida; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX, O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico previo o a un FARME sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): respuesta inadecuada a una prueba con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) O intolerancia o contraindicación a los AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (ASC) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de las siguientes condiciones: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina, O b) el tratamiento farmacológico con MTX, ciclosporina o acitretina está contraindicado, O c) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un agente biológico como tratamiento de primera línea (es decir, al menos el 10 % de la SC o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas] están afectadas).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo nuevos comienzos): el paciente tiene enfermedad grave y resistente. Para la uveítis (solo nuevos comienzos): respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a una prueba con un tratamiento inmunosupresor para la uveítis.

Grupo de autorización previa	RETEVMO
Nombres del medicamento	RETEVMO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico positivo para reordenamiento de transfección (RET), histiocitosis de células de Langerhans con fusión génica RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/resistente al tratamiento con fusión génica RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/resistente al tratamiento con fusión del gen RET.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer de pulmón no microcítico, el paciente debe cumplir todos los requisitos siguientes: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el tumor es positivo para fusión de RET o positivo para reordenamiento de RET.
Restricciones de edad	Cáncer de pulmón no microcítico: 18 años o más. Cáncer medular de tiroides y cáncer de tiroides: 12 años o más.
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REVLIMID
Nombres del medicamento	LENALIDOMIDA, REVLIMID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Amiloidosis sistémica de cadena ligera, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin la anomalía citogenética de delección 5q, anemia asociada a mielofibrosis, síndrome POEMS, neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis celular de Langerhans, linfomas periféricos de linfocitos T no especificados, linfoma angioinmunoblástico de linfocitos T (LITA), linfoma de linfocitos T asociado a enteropatía, linfoma epitelial monomórfico de linfocitos T intestinales, linfoma ganglionar periférico de linfocitos T, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos, linfoma hepatoesplénico de linfocitos T, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), leucemia linfocítica crónica (LLC)/linfoma linfocítico de células pequeñas (LLCP), linfoma difuso de linfocitos B grandes no germinal central relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), trastorno linfoproliferativo monomórfico posterior al trasplante, linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de linfocitos B de grado alto, transformación histológica del linfoma ganglionar de zona marginal a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica del linfoma folicular en linfoma difuso de linfocitos B grandes.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome mielodisplásico (SMD): SMD de menor riesgo con anemia sintomática según el Sistema de Puntuación de Pronóstico Internacional Revisado (IPSS-R), el Sistema Internacional de Puntuación de Pronóstico (IPSS) o el Sistema de Puntuación de Pronóstico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WPSS).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	REZLIDHIA
Nombres del medicamento	REZLIDHIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REZUROCK
Nombres del medicamento	REZUROCK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	12 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RINVOQ
Nombres del medicamento	RINVOQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para metotrexato (MTX) Y, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab]). Para la artritis psoriásica activa (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un inhibidor del TNF (p. ej., Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab]). Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un inhibidor del TNF (p. ej., Humira [adalimumab]). Para la dermatitis atópica, continuación del tratamiento: el paciente alcanzó o mantuvo una respuesta clínica positiva. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un inhibidor del TNF (p. ej., Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab]). Para la espondiloartritis axial no radiográfica (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un inhibidor del TNF.
Restricciones de edad	Dermatitis atópica: 12 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Dermatitis atópica (inicial): 4 meses; todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ROZLYTREK
Nombres del medicamento	ROZLYTREK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente positivo para ROS1, tumores sólidos no metastásicos con fusión génica del receptor tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), tratamiento de primera línea de tumores sólidos con fusión del gen NTRK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos con fusión génica del receptor tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida. En el caso del cáncer de pulmón no microcítico positivo para ROS1, el paciente presenta enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RUBRACA
Nombres del medicamento	RUBRACA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leiomiomas uterinos, cáncer epitelial avanzado (estadios II-IV), cáncer de ovario, trompas de Falopio o peritoneal primario
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación nociva del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (estirpe germinal y/o somática): 1) el paciente ha sido tratado con tratamiento dirigido al receptor androgénico; 2) el paciente ha sido tratado con quimioterapia basada en taxanos o el paciente no es apto para quimioterapia; 3) el fármaco 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 epitelial de ovario, de las trompas de Falopio y peritoneal primario con mutación de BRCA: 1) la paciente tiene enfermedad avanzada (estadios 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 con platino. Para el leiomioma uterino: 1) el fármaco solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea; Y 2) la paciente tiene enfermedad alterada por BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	RYDAPT
Nombres del medicamento	RYDAPT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia mieloide aguda (LMA) recidivante o resistente al tratamiento, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos de FGFR1 o FLT3, tratamiento posterior a la inducción para la LMA, reinducción en la enfermedad residual para la LMA
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mielógena aguda (LMA): la LMA es positiva para la mutación FLT3. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenaciones de FGFR1 o FLT3: la enfermedad está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SAPROPTERINA
Nombres del medicamento	JAVYGTOR, DICLORHIDRATO DE SAPROPTERINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fenilcetonuria (PKU): para pacientes que aún no han recibido una prueba terapéutica del fármaco solicitado, el pretratamiento del paciente, incluido antes del tratamiento dietético, el nivel de fenilalanina es superior a 6 mg/dl (360 micromol/l). Para los pacientes que completaron una prueba terapéutica del fármaco solicitado, el paciente debe haber tenido una mejora (p. ej., reducción de los niveles de fenilalanina en sangre, mejora de los síntomas neuropsiquiátricos).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Etapas inicial: 2 meses. Todos los demás: Año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SAVELLA
Nombres del medicamento	SAVELLA, PAQUETE DE AJUSTE POSOLÓGICO DE SAVELLA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la duloxetina o la pregabalina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SCEMBLIX
Nombres del medicamento	SCEMBLIX
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mielógena crónica (LMC) en la fase crónica: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y el paciente cumple cualquiera de los siguientes criterios: a) el paciente ha sido tratado previamente con 2 inhibidores de la tirosina cinasa (ITC) o más Y al menos uno de ellos fue imatinib o dasatinib, O b) el paciente es positivo para la mutación T315I.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SIGNIFOR
Nombres del medicamento	SIGNIFOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un endocrinólogo o en consulta con dicho profesional
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SILDENAFILO
Nombres del medicamento	CITRATO DE SILDENAFILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de HAP: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) si la solicitud es para un adulto, la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SIRTURO
Nombres del medicamento	SIRTURO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un especialista en enfermedades infecciosas, o en consulta con dicho especialista.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYRIZI
Nombres del medicamento	SKYRIZI, SKYRIZI PEN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (ASC) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, o b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, 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 superficie corporal o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas]). Para la enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYRIZI-CD
Nombres del medicamento	SKYRIZI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (ASC) se ve afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente cumple alguno de los siguientes requisitos: a) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina, o b) el tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina está contraindicado, 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 superficie corporal o áreas corporales cruciales [p. ej., manos, pies, cara, cuello, cuero cabelludo, genitales/ingle, áreas intertriginosas]). Para la enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa (solo nuevos comienzos): 1) respuesta inadecuada a, al menos, un tratamiento convencional (p. ej., corticoesteroides); O 2) intolerancia o contraindicación al tratamiento convencional.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres del medicamento	SOMATULINE DEPOT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Control tumoral de tumores neuroendocrinos (TNE) de pulmón, timo o gastrinoma primario no resecado, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados que no son de origen gastroenteropancreático, feocromocitoma/paraganglioma.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia (inicial): 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) antes del tratamiento para la edad o el sexo en función del intervalo de referencia del laboratorio; y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el que el paciente no se ha sometido a cirugía o radioterapia. Para la continuación del tratamiento de la acromegalia: el nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento. Para el control tumoral de tumores neuroendocrinos (TNE) del timo o el pulmón: el paciente tiene enfermedad irreseccable local o enfermedad metastásica a distancia. Para el control tumoral de TNE irreseccables localmente avanzados o metastásicos de grado 3 bien diferenciados (no de origen gastroenteropancreático): el paciente tiene una biología favorable (p. ej., imágenes positivas para Ki-67 [menos del 55 %] relativamente bajas y para el receptor de somatostatina [SSR]). Para el control tumoral de feocromocitomas o paragangliomas: 1) el paciente tiene enfermedad sintomática irreseccable localmente con imágenes positivas para SSR o 2) el paciente tiene metástasis a distancia que secretan tumores.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SOMAVERT
Nombres del medicamento	SOMAVERT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia (inicial): 1) el paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) antes del tratamiento para la edad o el sexo en función del intervalo de referencia del laboratorio; y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O existe un motivo clínico por el que el paciente no se ha sometido a 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.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SPRYCEL
Nombres del medicamento	SPRYCEL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tumor del estroma gastrointestinal (TEGI), condrosarcoma metastásico, condroma recurrente, leucemia linfoblástica aguda (LLA) de linfocitos T y LLA-B similar a Filadelfia (Ph), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o la fase blástica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la leucemia mielógena crónica (LMC), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (Ph) o del gen BCR-ABL; y 2) si el paciente tuvo resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente debe tener un resultado negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L. En el caso de la leucemia linfoblástica aguda (LLA), el paciente tiene un diagnóstico de uno de los siguientes: 1) LLA positiva para el cromosoma Filadelfia, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: diagnóstico que se ha confirmado mediante la detección del cromosoma Ph o el gen BCR-ABL, y si el paciente tuvo resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente debe tener un resultado negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L; O 2) LLA-B tipo Ph con fusión de cinasa de clase ABL; O 3) LLA de linfocitos T recidivante o resistente al tratamiento con translocación de clase ABL. Para TEGI: 1) la enfermedad ha progresado con imatinib en pacientes con mutación D842V de PDGFRA; O 2) el paciente ha fracasado con, al menos, 2 tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	STIVARGA
Nombres del medicamento	STIVARGA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tumores estromales gastrointestinales (TEGI) progresivos, osteosarcoma, glioblastoma, angiosarcoma, sarcoma retroperitoneal/intraabdominal de tejidos blandos, rhabdomyosarcoma y sarcomas de tejidos blandos de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello, cáncer colorrectal avanzado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tumores del estroma gastrointestinal: la enfermedad es progresiva, localmente avanzada, irreseccable o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SUTENT
Nombres del medicamento	MALATO DE SUNITINIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Carcinoma de tiroides (células foliculares, medulares, papilares y de Hurthle), sarcoma de tejidos blandos (angiosarcoma, tumor fibroso solitario y subtipos de sarcoma de partes blandas alveolares), cordoma recurrente, carcinoma de timo, neoplasias linfoides, mieloides o de linaje mixto con eosinofilia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales (CCR): 1) la enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV; O 2) el fármaco solicitado se está utilizando como tratamiento adyuvante para pacientes con alto riesgo de CCR recurrente después de una nefrectomía. Para el tumor del estroma gastrointestinal (TEGI): la enfermedad es irreseccable, recurrente o metastásica, Y el paciente no ha tenido resultados con un tratamiento aprobado por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia: 1) La enfermedad tiene un reordenamiento de FLT3; Y 2) la enfermedad está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SYMDEKO
Nombres del medicamento	SYMDEKO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	6 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SYMPAZAN
Nombres del medicamento	SYMPAZAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SYNRIBO
Nombres del medicamento	SYNRIBO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TABRECTA
Nombres del medicamento	TABRECTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPNM recurrente, avanzado o metastásico: el tumor es positivo para la mutación por omisión del exón 14 de transición mesenquimal-epitelial (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TADALAFILO (HAP)
Nombres del medicamento	ALYQ, TADALAFILO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios de HAP: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAFINLAR
Nombres del medicamento	TAFINLAR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Metástasis cerebrales de melanoma, carcinoma tiroideo (carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma extrahepático, colangiocarcinoma intrahepático, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las metástasis cerebrales del melanoma, el tratamiento adyuvante del melanoma y el cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para el melanoma irreseccable o metastásico: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) el fármaco solicitado se utilizará como agente único o en combinación con trametinib. Para el cáncer de pulmón no microcítico: 1) el tumor es positivo para una mutación V600E de BRAF; y 2) el fármaco solicitado se utilizará en monoterapia o en combinación con trametinib. Para el carcinoma tiroideo con histología papilar, folicular o de Hurthle: el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF (p. ej., V600E o V600K). Para la histiocitosis celular de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: la enfermedad es positiva para una mutación V600E de BRAF. Para el cáncer de vesícula biliar, el colangiocarcinoma extrahepático y el colangiocarcinoma intrahepático: 1) la enfermedad es positiva para una mutación V600E de BRAF; y 2) la enfermedad es irreseccable o metastásica; y 3) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para tumores sólidos: 1) el tumor es positivo para una mutación V600E de BRAF; y 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con trametinib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAGRISSE
Nombres del medicamento	TAGRISSE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente sensibilizante con mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), metástasis cerebrales del CPNM sensibilizante con mutación del EGFR y metástasis leptomeníngeas del CPNM con mutación del EGFR.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPNM, el fármaco solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes entornos: 1) el paciente cumple ambos criterios siguientes: a) el paciente tiene CPNM metastásico, avanzado o recurrente (incluidas metástasis cerebrales y/o leptomeníngeas del CPNM) y b) el paciente tiene una mutación sensibilizante del EGFR; O 2) el paciente cumple ambos criterios siguientes: a) la solicitud es para el tratamiento adyuvante del CPNM después de la resección tumoral y b) el paciente tiene enfermedad positiva para la mutación del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TALTZ
Nombres del medicamento	TALTZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) al menos el 3 % del área de superficie corporal (ASC) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast), Skyrizi (risankizumab-rzaa). Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la artritis psoriásica (APs) activa (solo nuevos inicios): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab-rzaa), Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Para la espondiloartritis axial no radiográfica activa (solo nuevos comienzos): el paciente cumple alguno de los siguientes criterios: 1) ha tenido una respuesta inadecuada a una prueba con antiinflamatorios no esteroideos (AINE); o 2) tiene intolerancia o contraindicación a los AINE.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TALZENNA
Nombres del medicamento	TALZENNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente con mutación del gen de susceptibilidad al cáncer de mama de línea germinal (BRCA)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TARGRETIN TOPICAL
Nombres del medicamento	BEXAROTENE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Micosis fungoide/síndrome de Sézary en estadio 2 o superior, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos crónica o latente, linfoma cutáneo primario de zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro folicular.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres del medicamento	TASIGNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (LLA Ph+), tumor del estroma gastrointestinal (TEGI), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o la fase blástica.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mielógena crónica (LMC) o la leucemia linfoblástica aguda (LLA), el diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL. Para la LMC, incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de LMC y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: el paciente ha tenido resistencia o intolerancia al imatinib o al dasatinib. Si el paciente tuvo resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la LMC, el paciente debe tener un resultado negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para el TEGI, el paciente debe haber progresado con imatinib, sunitinib y regorafenib.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAZAROTENO
Nombres del medicamento	TAZAROTENO, TAZORAC
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas: 1) el fármaco solicitado se receta para tratar hasta el 20 % del área de superficie corporal (ASC) del paciente; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un corticosteroide tópico O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba con corticosteroides tópicos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TAZVERIK
Nombres del medicamento	TAZVERIK
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	Sarcoma epitelioides: 16 años o más; linfoma folicular: 18 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ
Nombres del medicamento	TECENTRIQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico recurrente, mantenimiento en monoterapia para el cáncer de pulmón microcítico extenso después del tratamiento combinado con etopósido y carboplatino, carcinoma urotelial.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del carcinoma urotelial, el paciente cumple uno de los siguientes criterios: 1) el paciente no es apto para el tratamiento con cisplatino y los tumores expresan PD-L1 (definido como células inmunitarias [CI] infiltrantes de tumores teñidas con PD-L1 que cubren el 5 % o más del área tumoral); O 2) el paciente no es apto para quimioterapia con platino. Para el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM): 1) el paciente tiene enfermedad avanzada, recurrente o metastásica Y el fármaco solicitado se utilizará como cualquiera de los siguientes: a) tratamiento de primera línea de tumores con expresión elevada de PD-L1 (definido como PD-L1 teñido mayor o igual al 50 % de las células tumorales o células inmunitarias [CI] infiltrantes de tumores teñidos de PD-L1 que cubren mayor o igual al 10 % del área tumoral) y sin aberraciones tumorales genómicas de EGFR o ALK, b) se utiliza en combinación con carboplatino, paclitaxel, y bevacizumab, o en combinación con carboplatino y paclitaxel unido a albúmina para el CPNM no epidermoide, o c) el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento posterior o tratamiento de mantenimiento continuo; O 2) el paciente tiene enfermedad en estadios II a IIIA Y el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante después de la resección y quimioterapia basada en platino para tumores con expresión de PD-L1 en el 1 % o más de las células tumorales. Para el carcinoma hepatocelular, el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TECFIDERA
Nombres del medicamento	DIMETILFUMARATO, DIMETILFUMARATO PAQUETE INICIAL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres del medicamento	TEMAZEPAM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) el médico que emite la receta debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: La Sociedad Estadounidense de Geriátrica identifica el uso de este medicamento como potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos a dosis reducidas, utilizarlos con precaución o vigilarlos cuidadosamente); Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para la doxepina (3 o 6 mg).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.

Grupo de autorización previa	TEPMETKO
Nombres del medicamento	TEPMETKO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPNM recurrente, avanzado o metastásico: el tumor es positivo para la mutación por omisión del exón 14 de transición mesenquimal-epitelial (MET).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TERIPARATIDA
Nombres del medicamento	TERIPARATIDA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la osteoporosis posmenopáusica: el paciente tiene UNO de los siguientes (1 o 2): 1) antecedentes de fractura por fragilidad; O 2) una puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5 o puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura de la herramienta de evaluación del riesgo de fracturas (FRAX) previa al tratamiento Y el paciente presenta ALGUNA de las siguientes características: a) indicadores de mayor riesgo de fractura (p. ej., edad avanzada, fragilidad, tratamiento con glucocorticoides, puntuaciones T muy bajas o aumento del riesgo de caídas), O b) el paciente no ha respondido al tratamiento previo con un inyectable para la osteoporosis o es intolerante a él, O c) el paciente ha tenido una prueba con bisfosfonato oral de, al menos, 1 año de duración o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento con un bisfosfonato oral. Para la osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres: el paciente tiene uno de los siguientes: 1) antecedentes de fractura vertebral o de cadera osteoporótica; O 2) puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5; O 3) puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX previa al tratamiento. Para la osteoporosis inducida por glucocorticoides: el paciente se ha sometido a una prueba con bisfosfonatos orales de, al menos, 1 año de duración, a menos que el paciente tenga una contraindicación o intolerancia a un bisfosfonato oral, Y el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) el paciente tiene antecedentes de fractura por fragilidad; O 2) una puntuación T previa al tratamiento inferior o igual a -2.5; O 3) una puntuación T previa al tratamiento superior a -2.5 e inferior a -1 con una alta probabilidad de fractura FRAX previa al tratamiento. Continuación del tratamiento: si el paciente ha recibido tratamiento durante 24 meses o más con algún análogo de la hormona paratiroidea: 1) el paciente sigue teniendo o ha vuelto a tener un alto riesgo de fractura; Y 2) el beneficio del tratamiento con este medicamento prescrito supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Inicial: 24 meses. Continuación: Año del plan
Otros criterios	El paciente tiene una probabilidad alta de fractura FRAX si la probabilidad a los 10 años es mayor o igual al 20 % para cualquier fractura osteoporótica grave o mayor o igual al 3 % para una fractura de cadera. Si el tratamiento con glucocorticoides es superior a 7.5 mg (equivalente a prednisona) al día, la puntuación de riesgo estimada generada con FRAX debe multiplicarse por 1.15 para la fractura osteoporótica grave y por 1.2 para la fractura de cadera.

Grupo de autorización previa	CIPIONATO DE TESTOSTERONA INY.
Nombres del medicamento	DEPO-TESTOSTERONE, CIPIONATO DE TESTOSTERONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tenía un nivel de testosterona bajo por la mañana confirmado de acuerdo con las directrices de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”)]; O 2) la solicitud no es para continuar con el tratamiento con testosterona, y el paciente tiene, al menos, dos niveles bajos de testosterona por la mañana confirmados de acuerdo con las directrices de práctica actuales o sus valores de referencia estándares de laboratorio [Nota: No se han establecido la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Disforia de género: el paciente es capaz de tomar una decisión informada para participar en la hormonoterapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ENANTATO DE TESTOSTERONA INY.
Nombres del medicamento	ENANTATO DE TESTOSTERONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tenía un nivel de testosterona bajo por la mañana confirmado de acuerdo con las directrices de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”)]; O 2) la solicitud no es para continuar con el tratamiento con testosterona, y el paciente tiene, al menos, dos niveles bajos de testosterona por la mañana confirmados de acuerdo con las directrices de práctica actuales o sus valores de referencia estándares de laboratorio [Nota: No se han establecido la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Disforia de género: el paciente es capaz de tomar una decisión informada para participar en la hormonoterapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TETRABENAZINA
Nombres del medicamento	TETRABENAZINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Trastornos de tics, discinesia tardía, hemibalismo, corea no asociada con la enfermedad de Huntington.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la corea asociada a la enfermedad de Huntington: el paciente debe tener una respuesta inadecuada previa o un evento adverso intolerable con el tratamiento con deutetrabenazina. Para el tratamiento de la discinesia tardía: el paciente debe tener una respuesta inadecuada previa o un evento adverso intolerable con el tratamiento con deutetrabenazina o valbenazina.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TETRACICLINA
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE TETRACICLINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	el paciente utilizará el fármaco solicitado por vía oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	THALOMID
Nombres del medicamento	THALOMID
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Anemia relacionada con la mielofibrosis, estomatitis aftosa relacionada con el SIDA, sarcoma de Kaposi, enfermedad crónica de injerto contra huésped, enfermedad de Crohn, enfermedad de Castleman multicéntrica, enfermedad de Rosai-Dorfman, histiocitosis de células de Langerhans
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TIBSOVO
Nombres del medicamento	TIBSOVO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Condrosarcoma convencional (grados 1-3) o desdiferenciado. Leucemia mielógena aguda (LMA) de diagnóstico reciente si tiene entre 60 y 74 años y no presenta comorbilidades.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente tiene enfermedad con una mutación sensible de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para la leucemia mielóide aguda (LMA): 1) el paciente tiene LMA recién diagnosticada y cumple uno de los siguientes requisitos: a) 75 años o más, b) el paciente presenta comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, o c) el paciente tiene 60 años o más y rechaza la quimioterapia de inducción intensiva; O 2) el paciente tiene 60 años o más y el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento posterior a la inducción tras la respuesta al tratamiento de inducción con el fármaco solicitado; O 3) el paciente tiene LMA recidivante o resistente al tratamiento. Para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irreseccable o metastásico: el fármaco solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión durante o después del tratamiento sistémico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TOBRAMICINA
Nombres del medicamento	TOBRAMICINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Bronquiectasia no debida a fibrosis quística
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística y la bronquiectasia no quística, el paciente debe cumplir uno de los siguientes requisitos: 1) el paciente tiene Pseudomonas aeruginosa en los cultivos de las vías respiratorias; O 2) el paciente tiene antecedentes de infección por Pseudomonas aeruginosa o colonización en las vías respiratorias.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	LIDOCAÍNA TÓPICA
Nombres del medicamento	GLYDO, LIDOCAÍNA, LIDOCAÍNA HCL, LIDOCAÍNA HCL JELLY, LIDOCAÍNA/PRILOCAÍNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El fármaco solicitado se está utilizando para anestesia tópica; Y 2) si el fármaco solicitado se utilizará como parte de un producto compuesto, todos los principios activos del producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.
Grupo de autorización previa	TESTOSTERONAS TÓPICAS
Nombres del medicamento	TESTOSTERONA, TESTOSTERONA PUMP
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Hipogonadismo primario o hipogonadotrópico: 1) la solicitud es para la continuación del tratamiento con testosterona, y el paciente tenía un nivel de testosterona bajo por la mañana confirmado de acuerdo con las directrices de la práctica actual o sus valores de referencia de laboratorio estándar antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se han establecido la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”)]; O 2) la solicitud no es para continuar con el tratamiento con testosterona, y el paciente tiene, al menos, dos niveles bajos de testosterona por la mañana confirmados de acuerdo con las directrices de práctica actuales o sus valores de referencia estándares de laboratorio [Nota: No se han establecido la seguridad ni la eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también denominado “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Disforia de género: el paciente es capaz de tomar una decisión informada para participar en la hormonoterapia.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRETINOÍNA TÓPICA
Nombres del medicamento	AVITA, TRETINOÍNA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TRAZIMERA
Nombres del medicamento	TRAZIMERA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2), cáncer de mama irreseccable recurrente o avanzado positivo para HER2, metástasis leptomenígeas del cáncer positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer positivas para HER2, adenocarcinoma de la unión esofágica y esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso uterino avanzado, recurrente o metastásico positivo para HER2, cáncer colorrectal amplificado por HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, tumor de glándula salival recurrente positivo para HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Tratamiento prequirúrgico para el cáncer de mama: 6 meses. Otro: Año del plan.
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	TREPROSTINIL INY.
Nombres del medicamento	TREPROSTINIL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la hipertensión arterial pulmonar (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]), el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.
Grupo de autorización previa	TRIENTINA
Nombres del medicamento	CLORHIDRATO DE TRIENTINA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TRIKAFTA
Nombres del medicamento	TRIKAFTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: el medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros medicamentos que contengan ivacaftor.
Restricciones de edad	6 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TRUSELTIQ
Nombres del medicamento	TRUSELTIQ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

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

TRUXIMA
TRUXIMA

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.

Usos extraoficiales

Subtipos de linfoma no Hodgkin [linfoma linfocítico de células pequeñas (LLCP), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (ganglionar, esplénico, tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica [MALT], MALT no gástrico), linfoma de Burkitt, linfoma cutáneo primario de linfocitos B, linfoma de linfocitos B de alto grado con translocaciones de MYC y BCL2 y/o BCL6 (linfoma de doble/triple golpe), linfoma de linfocitos B de alto grado no especificado de otro modo, transformación histológica de linfoma folicular a linfoma difuso de linfocitos B grandes, transformación histológica de linfoma de la zona marginal ganglionar a linfoma difuso de linfocitos B grandes, enfermedad de Castleman, linfoma de linfocitos B relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de linfocitos B], púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) o inmunitaria resistente al tratamiento, anemia hemolítica autoinmunitaria, macroglobulinemia/linfoma linfoplasmacítico de Waldenstrom, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia grave resistente al tratamiento, linfoma de Hodgkin (predominio de linfocitos nodulares), linfoma primario del sistema nervioso central (SNC), metástasis leptomeníngeas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLT relacionado con el virus de Epstein-Barr (VEB), esclerosis múltiple, toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario, pénfigo común, linfomas de linfocitos B maduros agresivos pediátricos, enfermedad de Rosai-Dorfman y leucemia aguda de linfocitos B maduros pediátrica.

Criterios de exclusión

Información médica requerida

-
Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación a MTX; Y 2) el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a MTX O b) respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico previo o a un FARME sintético dirigido. Las neoplasias malignas hematológicas deben ser positivas para CD20. Para la esclerosis múltiple: 1) el paciente tiene un diagnóstico de esclerosis múltiple remitente recurrente; y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a dos o más fármacos modificadores de la enfermedad indicados para la esclerosis múltiple a pesar de la duración adecuada del tratamiento.

Restricciones de edad

Restricciones del médico que emite la receta

Duración de la cobertura

-
-
Toxicidades relacionadas con los inhibidores del punto de control inmunitario: 3 meses.

	Todas las demás: Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TUKYSA
Nombres del medicamento	TUKYSA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente con receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) el paciente tiene enfermedad avanzada, irresecable o metastásica; Y 2) el paciente tiene enfermedad positiva para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2); Y 3) el paciente tiene enfermedad RAS natural; Y 4) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab; Y 5) el paciente no ha sido tratado previamente con un inhibidor de HER2.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TURALIO
Nombres del medicamento	TURALIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Histiocitosis celular de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la histiocitosis celular de Langerhans: 1) la enfermedad tiene mutación del receptor del factor estimulante de colonias 1 (CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) la enfermedad tiene mutación en CSF1R, Y el paciente tiene cualquiera de los siguientes: a) enfermedad sintomática; O b) enfermedad recidivante/resistente al tratamiento.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	UCERIS
Nombres del medicamento	BUDESONIDA ER
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un tratamiento con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	2 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	UPTRAVI
Nombres del medicamento	UPTRAVI, PAQUETE DE AJUSTE POSOLÓGICO DE UPTRAVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la hipertensión arterial pulmonar (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]), el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	V-GO
Nombres del medicamento	V-GO 20, V-GO 30, V-GO 40
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) el paciente tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina con múltiples inyecciones diarias; Y 2) el paciente se autodiagnostica los niveles de glucosa 4 veces al día o más O el paciente está utilizando un monitor de glucosa continuo; Y 3) el paciente ha tenido 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 u oscilaciones glucémicas graves. Continuación: el paciente tiene un control glucémico estable o mejorado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VALCHLOR
Nombres del medicamento	VALCHLOR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia/linfoma de linfocitos T crónico o latente en adultos, micosis fungoide/síndrome de Sézary en estadio 2 o superior, linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro del folículo, papulosis linfomatoide, histiocitosis unifocal de células de Langerhans (LCH) con enfermedad cutánea aislada.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VELCADE
Nombres del medicamento	BORTEZOMIB
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Amiloidosis sistémica de cadena ligera, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de linfocitos T en adultos, leucemia linfoblástica aguda, sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin, síndrome POEMS
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	VENCLEXTA
Nombres del medicamento	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL DE VENCLEXTA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Linfoma de células del manto, neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN), mieloma múltiple, leucemia mielógena aguda (LMA) recidivante o resistente al tratamiento, macroglobulinemia de Waldenstrom/linfoma linfoplasmacítico, amiloidosis sistémica de cadena ligera recidivante o resistente al tratamiento con translocación t (11:14)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (LMA): 1) el paciente tiene 60 años o más; O 2) el paciente tiene menos de 60 años con una genética de riesgo desfavorable y mutación de TP53; O 3) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva; O 4) el paciente tiene enfermedad recidivante o resistente al tratamiento. En el caso de la neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN): 1) el paciente tiene enfermedad sistémica que se está tratando con intención paliativa; O 2) el paciente tiene enfermedad recidivante o resistente al tratamiento. Para el mieloma múltiple: 1) la enfermedad es recidivante o progresiva; Y 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con dexametasona; Y 3) el paciente tiene una translocación t (11:14). Para la macroglobulinemia de Waldenstrom o el linfoma linfoplasmacítico: 1) el paciente tiene enfermedad tratada previamente que no respondió al tratamiento primario; O 2) el paciente tiene enfermedad progresiva o recidivante.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VENTAVIS
Nombres del medicamento	VENTAVIS
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de la hipertensión arterial pulmonar (grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]), el diagnóstico se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos comienzos: 1) la presión arterial pulmonar media previa al tratamiento es superior a 20 mmHg; 2) la presión capilar pulmonar en cuña previa al tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg; Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior o igual a 3 unidades Wood.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.
Grupo de autorización previa	VERSACLOZ
Nombres del medicamento	VERSACLOZ
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de un paciente gravemente enfermo con esquizofrenia que no respondió adecuadamente al tratamiento antipsicótico estándar (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento): 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: A) aripiprazol, B) asenapina, C) olanzapina, D) quetiapina, E) risperidona, F) ziprasidona; Y 2) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: A) Latuda, B) Rexulti, C) Secuado, D) Vraylar.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERZENIO
Nombres del medicamento	VERZENIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama recurrente positivo para receptores hormonales (RH) y sin receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) en combinación con fulvestrant o un inhibidor de la aromatasa, o en monoterapia si se produce progresión con tratamiento endócrino previo y quimioterapia previa en el contexto metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VIGABATRINA
Nombres del medicamento	VIGABATRINA VIGADRONA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las crisis parciales complejas (CPS): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con, al menos, dos fármacos antiepilépticos para las CPS. Espasmos infantiles: de 1 mes a 2 años de edad. CPS: 2 años o más
Restricciones de edad	
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VITRAKVI
Nombres del medicamento	VITRAKVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Tumores sólidos no metastásicos positivos para la fusión del gen de la tirosina cinasa del receptor neurotrófico (NTRK), tratamiento de primera línea de tumores sólidos positivos para la fusión del gen NTRK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos con fusión génica del receptor tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VIZIMPRO
Nombres del medicamento	VIZIMPRO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM): 1) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica; y 2) el paciente tiene enfermedad sensibilizante con mutación del EGFR.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VONJO
Nombres del medicamento	VONJO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VORICONAZOL
Nombres del medicamento	VORICONAZOL
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente utilizará el fármaco solicitado por vía oral o intravenosa.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VOSEVI
Nombres del medicamento	VOSEVI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (clase B o C de Child Turcotte Pugh)
Información médica requerida	Para la hepatitis C: infección confirmada por la presencia de ARN del VHC en el suero antes de iniciar el tratamiento. Pauta de tratamiento prevista, genotipo, antecedentes de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [clase B o C de Child Turcotte Pugh]), presencia o ausencia de coinfección por VIH, presencia o ausencia de sustituciones asociadas a resistencia cuando proceda, estado del trasplante si procede. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las directrices de tratamiento actuales de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con las directrices actuales de la AASLD-IDSA.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VOTRIENT
Nombres del medicamento	VOTRIENT
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Carcinoma tiroideo (folicular, papilar, de células de Hurthle o medular), sarcoma uterino, condrosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad es avanzada, recidivante o en estadio IV. Para el tumor del estroma gastrointestinal (TEGI): la enfermedad es irresecable, recurrente o metastásica, Y el paciente no ha tenido resultados con un tratamiento aprobado por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el sarcoma de tejidos blandos (STS): el paciente no tiene un sarcoma adipocítico de tejidos blandos. Para el sarcoma uterino: la enfermedad es recurrente o metastásica.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VYVANSE
Nombres del medicamento	VYVANSE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	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 fármaco solicitado se receta para el tratamiento del trastorno por atracción (BED) de moderado a grave en adultos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	WELIREG
Nombres del medicamento	WELIREG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XALKORI
Nombres del medicamento	XALKORI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente, CPNM con amplificación de MET de alto nivel o mutación por omisión del exón 14 de MET, enfermedad de Erdheim-Chester con fusión positiva para la cinasa de linfoma anaplásico (ALK) sintomática o recidivante/resistente al tratamiento, enfermedad de Rosai-Dorfman positiva a la fusión de ALK sintomática o recidivante/resistente al tratamiento, histiocitosis de células de Langerhans positiva a la fusión de ALK.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPNM, el fármaco solicitado se utiliza en cualquiera de los siguientes contextos: 1) el paciente tiene CPNM positivo para ALK recurrente, avanzado o metastásico; 2) el paciente tiene CPNM positivo para ROS-1 recurrente, avanzado o metastásico; o 3) el paciente tiene CPNM con amplificación de MET de alto nivel o mutación por omisión del exón 14 de MET. Para el IMT, la enfermedad es positiva para ALK. En el caso del ALCL, la enfermedad es recidivante o resistente al tratamiento y positiva para ALK.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XELJANZ
Nombres del medicamento	XELJANZ, XELJANZ XR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para metotrexato (MTX) Y, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab]). Para la artritis psoriásica activa (solo nuevos comienzos): 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un inhibidor del TNF (p. ej., Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab]); Y 2) el fármaco solicitado se utiliza en combinación con un FARME no biológico. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab]). Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., Humira [adalimumab]). Para la artritis idiopática juvenil de curso poliarticular (AIJP) activa (solo nuevos comienzos): el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para, al menos, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (p. ej., Enbrel [etanercept], Humira [adalimumab]).
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XERMELO
Nombres del medicamento	XERMELO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XGEVA
Nombres del medicamento	XGEVA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipercalcemia de neoplasia maligna: la afección es resistente al tratamiento intravenoso (i. v.) con bisfosfonatos o existe un motivo clínico para evitar el tratamiento i. v. con bisfosfonatos.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.
Grupo de autorización previa	XHANCE
Nombres del medicamento	XHANCE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con el pulverizador nasal genérico de fluticasona.
Restricciones de edad	18 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XIFAXAN
Nombres del medicamento	XIFAXAN
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome de colon irritable con diarrea (SCI-D): 1) el paciente no ha recibido tratamiento con el fármaco solicitado; O 2) el paciente ha recibido tratamiento con el fármaco solicitado Y a) está teniendo una recurrencia de los síntomas Y b) no ha recibido ya un ciclo inicial de tratamiento de 14 días y dos ciclos adicionales de tratamiento de 14 días con el fármaco solicitado.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia manifiesta de la EH: 6 meses, SCI-D: 14 días
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XOLAIR
Nombres del medicamento	XOLAIR
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial del asma alérgica: 1) el paciente tiene un resultado positivo en la prueba cutánea (o en el análisis de sangre) para, al menos, 1 aeroalérgeno perenne; 2) el paciente tiene un nivel inicial de IgE superior o igual a 30 UI/ml; y 3) el paciente tiene un control inadecuado del asma a pesar del tratamiento actual con los dos medicamentos siguientes: a) corticoesteroides inhalados y b) un controlador adicional (agonista beta2 de acción prolongada, antagonista muscarínico de acción prolongada, modificador de leucotrienos o teofilina de liberación sostenida) a menos que presente intolerancia o contraindicación a dichos tratamientos. Solo para el tratamiento de continuación del asma alérgica: el control del asma del paciente ha mejorado desde el inicio del tratamiento con el fármaco solicitado. Para el tratamiento inicial de la urticaria idiopática crónica (UIC): 1) el paciente ha sido evaluado para otras causas de urticaria, incluido angioedema relacionado con la bradicinina y síndromes de urticaria asociados con IL-1 (trastornos autoinflamatorios, vasculitis urticarial); y 2) el paciente ha tenido aparición espontánea de ronchas, angioedema o ambas durante, al menos, 6 semanas. Para el tratamiento de continuación de la UIC: el paciente ha tenido una respuesta (p. ej., mejora de los síntomas) desde el inicio del tratamiento. Para los pólipos nasales: 1) el fármaco solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento complementario; Y 2) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento con Xhance (fluticasona).
Restricciones de edad	Para la UIC: 12 años o más. Para el asma alérgica: 6 años o más. Para pólipos nasales: 18 años o más.
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Comienzo de la UIC: 6 meses. Todos los demás: Año del plan.
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XOSPATA
Nombres del medicamento	XOSPATA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FLT3.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FLT3: la enfermedad está en fase crónica o blástica.
Restricciones de edad	18 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XPOVIO
Nombres del medicamento	XPOVIO, XPOVIO 60 MG DOS VECES A LA SEMANA, XPOVIO 80 MG DOS VECES A LA SEMANA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XTANDI
Nombres del medicamento	XTANDI
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El fármaco solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	XYREM
Nombres del medicamento	OXIBATO DE SODIO, XYREM
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. EDS: 1) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un fármaco estimulante del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina o metilfenidato) O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba con fármacos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., anfetamina, dextroanfetamina o metilfenidato) [Nota: La cobertura de anfetaminas puede requerir autorización previa]; Y 2) si el paciente tiene 18 años o más, tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a, al menos, un fármaco promotor de la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo) O tiene una contraindicación que prohibiría una prueba con fármacos promotores de la vigilia del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., armodafinilo) [Nota: La cobertura de armodafinilo puede requerir autorización previa].
Restricciones de edad	7 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	Prescrito por un especialista en trastornos del sueño o un neurólogo, o en consulta con dichos especialistas.
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Si la solicitud es para continuar con el tratamiento, el paciente tuvo una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplejía con narcolepsia.
Grupo de autorización previa	ZARXIO
Nombres del medicamento	ZARXIO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (SMD), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), neutropenia relacionada con trasplante renal.
Criterios de exclusión	Uso del producto solicitado en las 24 horas previas o posteriores a la quimioterapia.
Información médica requerida	Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (NF) inducida por quimioterapia mielodepresora, el paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mielode; y 2) el paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento mielodepresor contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZEJULA
Nombres del medicamento	ZEJULA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	En combinación con bevacizumab para el cáncer epitelial de ovario persistente o recurrente, cáncer de las trompas de Falopio o cáncer de peritoneo primario para la enfermedad sensible al platino, leiomioma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el leiomioma uterino: 1) el fármaco solicitado se utiliza como tratamiento de segunda línea; Y 2) la paciente tiene enfermedad alterada por BRCA.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZELBORAF
Nombres del medicamento	ZELBORAF
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico, leucemia de células pilosas, carcinoma tiroideo (es decir, carcinoma papilar, carcinoma folicular y carcinoma de células de Hurthle), cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma), tratamiento sistémico adyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento adyuvante del melanoma y del cáncer del sistema nervioso central (SNC) (es decir, glioma, meningioma, astrocitoma): 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con cobimetinib. Para el melanoma irreseccable o metastásico: 1) el tumor es positivo para la mutación activadora de BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K); y 2) el fármaco solicitado se utilizará en monoterapia o en combinación con cobimetinib (con o sin atezolizumab). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la histiocitosis celular de Langerhans: el tumor es positivo para la mutación de BRAF V600. Para el cáncer de pulmón no microcítico: 1) el tumor es positivo para la mutación de BRAF V600E; y 2) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica. Para el carcinoma tiroideo: 1) el tumor es positivo para la mutación de BRAF; y 2) el paciente tiene carcinoma folicular, de células de Hurthle o papilar tiroideo resistente al yodo radiactivo. Para la leucemia de células pilosas: el fármaco solicitado se utilizará para el tratamiento posterior.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZIEXTENZO
Nombres del medicamento	ZIEXTENZO
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	Uso del producto solicitado menos de 24 horas antes o después de la quimioterapia.
Información médica requerida	Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielodepresora: el paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) el paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide; y 2) el paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento mielodepresor contra el cáncer.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZIRABEV
Nombres del medicamento	ZIRABEV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de mama, tipos de tumores del sistema nervioso central (SNC): glioma de grado bajo en adultos (grado I o II de la OMS), ependimoma intracraneal y espinal en adultos, gliomas anaplásicos, meduloblastoma en adultos, linfoma primario del sistema nervioso central, meningiomas, metástasis cerebrales limitadas y extensas, y tumores de columna metastásicos, mesotelioma pleural maligno, tipos de cáncer de ovario/cáncer de trompa de Falopio/cáncer peritoneal primario: carcinosarcoma (tumores müllerianos mixtos malignos), carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de grado bajo, tumores epiteliales ováricos límite (bajo potencial maligno) con implantes invasivos y tumores malignos del estroma medular, tipos de sarcoma de tejidos blandos: angiosarcoma y tumor fibroso solitario/hemangiopericitoma, neoplasias uterinas, carcinoma de endometrio, carcinoma de células escamosas vulvares y trastornos oftálmicos: edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluida la coroidopatía polipoidea y los subtipos de proliferación angiomatosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía de prematuridad, carcinoma hepatocelular, adenocarcinoma del intestino delgado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	La cobertura en virtud de la Parte D se denegará si hay cobertura disponible de las Partes A o B a medida que se receta y dispensa o administra el medicamento a la persona.

Grupo de autorización previa	ZOLINZA
Nombres del medicamento	ZOLINZA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Micosis fungoide, síndrome de Sézary.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZONISADE
Nombres del medicamento	ZONISADE
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento complementario de las crisis de inicio parcial (es decir, crisis focales): 1) el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para cualquiera de los siguientes: Aptiom, Xcopri, Spritam; O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas de dosificación orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones de edad	16 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZTALMY
Nombres del medicamento	ZTALMY
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	2 años o más
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYDELIG
Nombres del medicamento	ZYDELIG
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Leucemia linfocítica crónica (LLC) resistente al tratamiento, linfoma linfocítico de células pequeñas (LLCP) recidivante o resistente al tratamiento.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZYKADIA
Nombres del medicamento	ZYKADIA
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA; algunas indicaciones aceptadas por la comunidad médica.
Usos extraoficiales	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) recurrente y positivo para ALK, CPNM recurrente, avanzado o metastásico positivo para ROS1, tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI), metástasis cerebrales del CPNM.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el CPNM: el paciente presenta enfermedad recurrente, avanzada o metastásica positiva para ALK o ROS1. Para el tumor miofibroblástico inflamatorio: la enfermedad es positiva para ALK. En el caso de las metástasis cerebrales debidas al CPNM: el paciente presenta CPNM positivo para ALK.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ZYPREXA RELPREVV
Nombres del medicamento	ZYPREXA RELPREVV
Indicador de indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos extraoficiales	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se ha establecido la tolerabilidad con olanzapina oral.
Restricciones de edad	-
Restricciones del médico que emite la receta	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-