



2018 CRITERIOS DE PREAUTORIZACIÓN

Premier Preferred Platino, Max Extra

ACITRETIN

Medicamentos

Acitretin Oral Cap 10 mg
Acitretin Oral Cap 25 mg
Acitretin Oral Cap 17.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Función hepática o renal severamente deteriorada. Valores de lípidos en la sangre anormalmente elevados crónicos. El uso concomitante de metotrexato o tetraciclinas. Embarazo. Las mujeres de edad fértil que tengan la intención de quedar embarazada durante el tratamiento o en cualquier momento durante al menos 3 años después de suspender el tratamiento. Las mujeres de edad fértil que no utilicen un método anticonceptivo confiable durante el tratamiento y durante al menos 3 años después de la interrupción del tratamiento. Las mujeres de edad fértil que beben alcohol durante el tratamiento o durante dos meses después de la interrupción del tratamiento.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de Psoriasis severa

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ACTIMMUNE

Medicamentos

Actimmune Inj. 2 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

BSA, SCr, PLT, neutrofilos, Hgb, LFT

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Enfermedad granulomatosa crónica: Inmunólogo. Osteoporosis maligna severa: Oncólogo, hematólogo, ginecólogo, reumatólogo, ortopeda.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Adcirca Oral Tab 20 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Uso para la disfunción eréctil
2. Los pacientes que toman nitratos
3. Pacientes en tratamiento con estimuladores solubles de la guanilato ciclasa

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: Hipertensión Pulmonar Arterial servera (PAH) (Grupo WHO 1) para mejorar la capacidad de ejercitarse. Los estudios establecen la efectividad del medicamento e incluyen predominantemente a pacientes con NYHA con síntomas de Clase II y Clase III funcional y etiologías de PAH idiopática o hereditable; o PHA asociada con enfermedades del tejido conectivo.
2. Diagnóstico confirmado por cateterismo cardiaco derecho. Para la indicación aprobada por la FDA de la hipertension arterial pulmonar, los pacientes actualmente en Adcirca pueden continuar el tratamiento si tienen un diagnóstico de la PAH.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, Cardiólogo

Duración de Cubierta

Inicial – 6 meses

Renovación – 12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Adempas Oral Tab 0.5 mg
Adempas Oral Tab 1 mg
Adempas Oral Tab 1.5 mg
Adempas Oral Tab 2 mg
Adempas Oral Tab 2.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo, el uso concomitante de nitratos, donante de óxido nítrico, o un inhibidor de la fosfodiesterasa.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de: Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica Persistente / recurrente (CTEPH) (Grupo WHO 4) después del tratamiento quirúrgico o CTEPH inoperable para mejorar la capacidad de ejercicio y la clase funcional WHO O Hipertensión Arterial Pulmonar (PAH) (Grupo WHO 1) para mejorar la capacidad de ejercicio, mejorar la clase funcional WHO y retrasar el empeoramiento clínico.
2. Diagnóstico confirmado por cateterización del lado derecho del corazón.
3. Prueba de embarazo en mujeres de potencial reproductivo antes del inicio. Estudios establecen la efectividad para pacientes con PHA (Grupo Who I) e incluyen predominantemente a pacientes Con WHO Clase II y Clase III funcional y etiologías de PHA idiopática o Hhereditable; o PHA asociada con enfermedades del tejido conectivo.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Participación en el Programa REMS para mujeres.

ADHD/NARCOLEPSIA

Medicamentos

Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab. 5 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 7.5 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 10 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 12.5 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 15 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 20 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 30 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 5 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 10 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 15 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 20 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 25 mg
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 30 mg
Dextroamphetamine Sulfate Oral Tab 5 mg
Dextroamphetamine Sulfate Oral Tab 10 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Narcolepsia: Se requiere estudio del sueño para confirmar el diagnóstico de narcolepsia.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ADVAIR

Medicamentos

Advair Diskus 100 – 50 mcg

Advair Diskus 500 – 50 mcg

Advair HFA 41 – 21 mcg

Advair HFA 115 – 21 mcg

Advair HFA 230 – 21 mcg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Tratamiento asociado con rinovirus / tos asociada con catarro común, tratamiento de tos común asociada con GERD, tratamiento de los síntomas asociados con infección respiratoria aguda, tratamiento de infección respiratoria aguda, tratamiento de la tos inducida por el uso de inhibidores ACE, tos psicógena/ tos habitual / tos por tic. Estatus asmático ó episodio agudos de asma ó COPD

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

4 años o más (Advair Diskus), 12 años o más (Advair HFA)

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

AFINITOR

Medicamentos

Afinitor Oral Tab 2.5mg
Afinitor Oral Tab 5mg
Afinitor Oral Tab 7.5 mg
Afinitor Oral Tab 10 mg
Afinitor Disperz Soluble Tab 2 mg
Afinitor Disperz Soluble Tab 3 mg
Afinitor Disperz Soluble Tab 5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo (Recetas de seguimiento: Urólogo, Hematólogo-Oncólogo)

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ALECENSA

Medicamentos

Alecensa 150 mg Oral Cap.

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: Cáncer metastásico de pulmón de no célula pequeña, cinasa del linfoma anaplásico (ALK) – positivo, que ha progresado o paciente es intolerante a crizotinib.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ALIMTA

Medicamentos

Alimta IV 500 mg vial

Alimta IV 100 mg vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

CrCl, ANC, PLT

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

6 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

ALUNBRIG

Medicamentos

Alunbrig Oral Tab. 30 mg
Alunbrig Oral Tab 90 mg
Alunbrig Oral Tab 180 mg
Alunbrig Initiation Pack 90 mg/180 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de: Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) , metastizado, ALK positivo que han progresado en o son intolerantes a crizotinib.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D

AMPYRA

Medicamentos

Ampyra Oral Tab. 10 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Historial de convulsiones. Disfunción renal de moderada a severa (depuración de creatinina menor o igual a 50 ml/minuto). Pacientes con utilización concurrente de cualquier forma de 4-aminopiridina.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de esclerosis múltiple Y paciente es capaz de deambular (puede caminar por lo menos 25 pies) Y paciente tiene dificultad para caminar. CrCL

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

Inicial - 3 meses.

Renovación - 12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, la velocidad de la marcha ha mejorado desde la base.

ANORO ELLIPTA

Medicamentos

Anoro Ellipta 0.0625 mg/0.025 mg/Actuation

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguno

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

No está indicado para el alivio de broncoespasmos agudos o para el tratamiento del asma.

ESTEROIDES ANABÓLICOS

Medicamentos

Oxandrolone Oral Tab 2.5 mg

Oxandrolone Oral Tab 10 mg

Anadrol Oral tab 50mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Carcinoma de mama en mujeres con hipercalcemia, carcinoma de la próstata o de mama masculino, hipercalcemia, nefrosis, embarazo.

Información Médica Requerida

Calcio sérico

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

6 meses

Otros Criterios

Ninguno

ANDRODERM

Medicamentos

Androderm Transdermal Patch 2 mg/24 Hr

Androderm Transdermal Patch 4 mg/24 Hr

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

No cubierto para el tratamiento de la disfunción sexual. Hombres con cáncer de seno o que tienen o se sospecha que tienen cáncer de próstata.

Información Médica Requerida

Hipogonadismo primario: dos niveles bajos de testosterona en días separados con LH y FSH elevados.

Hipogonadismo hipogonadotrópico: Dos niveles bajos de testosterona total en días separados con LH y FSH bajo a bajo normal.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ANTINEOPLÁSICOS

Medicamentos

Bosulif oral Tab 100 mg, 400 mg, 500 mg
Cometriq Oral Cap 60 mg, 100 mg, 140 mg
Erivedge Oral Cap 150 mg
Gilotrif Oral Tab 20 mg, 30 mg, 40 mg
Inlyta Oral Tab 1 mg & 5 mg
Kadcyla Inj Solution 20 mg /ml, 160 mg/ml
Mekinist Oral Tab. 0.5 mg & 2mg
Pomalyst Oral Cap 1 mg, 2mg, 3 mg, 4 mg
Soltamox Oral Sol. 10 mg/5ml
Stivarga Oral Tab 40 mg
Synribo SubQ 3.5 mg vial
Tafinlar Oral Cap 50 mg & 75 mg
Zaltrap IV 100 mg/4ml vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguno

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe cumplir con los criterios de cubierta bajo la Parte D y no debe ser cubierto bajo la Parte B

ANTIPSIKÓTICOS

Medicamentos

Geodon Inj. 20 mg/ml

Fanapt Oral Tab 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg

Fanapt Titration Pack

Saphris Sublingual Tab 2.5mg, 5 mg, 10 mg

Aripiprazole Oral Tab 30 mg

Risperdal Consta 12 mg/ml, 18.8 mg/ml, 6.25 mg/ml

Invega Trinza Prefilled Syringe 273mg, 410 mg, 546 mg, 810 mg

Invega Sustenna 39 mg-0.25ml, 78 mg-0.5 ml, 117 mg – 0.75 ml, 156 mg – ml, 234 mg – 1.5 ml

Abilify IM Inj 9.75 mg/1.3 ml Vial

Abilify Maintena Inj. 300mg, 400mg

Abilify maintena Inj. ER 400 mg

Latuda Oral Tab 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 120 mg

Rexulti Oral Tab. 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg

Vraylar Oral Cap 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg

Vraylar Therapy Pack 1.5mg/3mg

Aristada Prefilled Syringe 276 mg/ml

Aristada Prefilled Syringe 1064 mg/3.9 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

No indicado para el tratamiento de la demencia relacionada con la psicosis debido a que se ha observado un mayor riesgo de muerte en los ancianos.

Información Médica Requerida

Uso previo de antipsicóticos genéricos, por indicación. Esquizofrenia: clozapina, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Desorden bipolar maníaco o episodios mixtos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona. Trastorno esquizoafectivo: clozapina, paliperidona. Agitación aguda con esquizofrenia y manía bipolar: olanzapina. Depresión en desorden bipolar: olanzapina, quetiapina. Trastorno depresivo mayor: olanzapina.

Restricción de Edad

Según edad aprobada por FDA

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

APTIOM

Medicamentos

Aptiom 200 mg Oral Tab

Aptiom 400 mg Oral Tab

Aptiom 600 mg Oral Tab

Aptiom 800 mg Oral Tab

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico. Para terapia adjunta en el tratamiento de convulsiones parciales.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ARCALYST

Medicamentos

Arcalyst SubQ 220 mg vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

PPD (-)

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Inmunólogo, alergista, dermatólogo, reumatólogo ó neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuidad. El paciente ha experimentado estabilidad o mejoría de los síntomas clínicos mientras ha estado en terapia con el medicamento y se toma como evidencia uno de los siguientes: A) mejoría de la erupción, fiebre, dolor en las coyunturas, dolor de cabeza, conjuntivitis, B) disminución del número de días de emergencia de la enfermedad, C) normalización de indicadores inflamatorios (CRP, ESR, SAA), D) reducción de la dosis de corticosteroides, O E) mejoría en la puntuación global de MD o el conteo de las articulaciones activas

ARNUITY ELLIPTA

Medicamentos

Arnuity Ellipta Inhaler 100 mcg

Arnuity Ellipta Inhaler 200 mcg

Arnuity Ellipta Inhaler 50 mcg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

5 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

No indicado para el alivio de broncoespasmos agudos

AUBAGIO

Medicamentos

Aubagio Oral Tab 14 mg

Aubagio Oral Tab 7 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo o posibilidad de embarazo sin el uso de un método anticonceptivo eficaz. Insuficiencia hepática grave.

Información Médica requerida

Diagnóstico (esclerosis múltiple, formas reincidentes). CBC, incluyendo recuento de linfocitos. El paciente ha fallado a tratamiento previo dosificado apropiadamente con al menos una forma de interferón y acetato de glátimer. La renovación de la autorización de aubagio dependerá de la mejora de los síntomas documentados y la falta y/o disminución de las recaídas. ¿El paciente ha mostrado una mejoría sintomática y una reducción (o ausencia) de las recaídas desde el inicio de la terapia?

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Obtener CBC que incluya un conteo de linfocitos, antes de comenzar la terapia, después de 6 meses de tratamiento, y en adelante, cada 6 a 12 meses según sea clínicamente indicado.

AVASTIN

Medicamentos

Avastin IV Soln. 100 mg/4ml

Avastin IV Soln. 25 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Perforación gástrica. Dehiscencia de herida. Hemorragia seria o hemoptisis reciente.

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

BANZEL

Medicamentos

Banzel Oral Susp 40 mg/ml , Banzel Oral Tab 200 mg & 400 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Peso

Restricción de Edad

1 año de edad o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

BARACLUDE

Medicamentos

Baraclude Oral Solution 0.05 mg/ml

Entecavir Oral Tab 0.5 mg, 0.1 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Adultos y pacientes pediátricos de 2 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

BAVENCIO

Medicamentos

Bavencio Inj. IV 20 mg/ml (200 mg/10 ml)

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico:

1. Carcinoma de células de Merckel metastásico (MCC)
2. Carcinoma urotelial (UC) localmente avanzado o metastásico, con progresión de la enfermedad durante o luego de utilizar quimioterapia con platino o dentro de 12 meses de tratamiento neoadyuvante o adyuvante con quimioterapia con platino.

Restricción de Edad

1. MCC 12 años o mayor
2. UC: 18 años o mayor

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

Medicamentos

Amitriptyline Hydrochloride Oral Tab 10 Mg
Amitriptyline Hydrochloride/ Perphenazine Oral Tab 10 Mg / 2 Mg
Amitriptyline Hydrochloride / Perphenazine Oral Tab 10 Mg / 4 Mg
Amitriptyline Hydrochloride Oral Tab 100 Mg
Amitriptyline Hydrochloride Oral Tab 150 Mg
Amitriptyline Hydrochloride Oral Tab 25 Mg
Amitriptyline Hydrochloride Perphenazine Oral Tab 25 Mg / 2 Mg
Amitriptyline Hydrochloride Perphenazine Oral Tab 25 Mg / 4 Mg
Amitriptyline Hydrochloride Oral Tab 50 Mg
Amitriptyline Hydrochloride Oral / Perphenazine Tab 50 Mg / 4 Mg
Amitriptyline Hydrochloride Oral Tab 75 Mg
Benztropine Mesylate Oral Tab 0.5 Mg
Benztropine Mesylate Oral Tab 1 Mg
Benztropine Mesylate Inj 1 Mg/MI
Benztropine Mesylate Oral Tab 2 Mg
Clomipramine Hydrochloride Oral Cap 25 Mg
Clomipramine Hydrochloride Oral Cap 50 Mg
Clomipramine Hydrochloride Oral Cap 75 Mg
Clorazepate Dipotassium Oral Tab 15 Mg
Clorazepate Dipotassium Oral Tab 3.75 Mg
Clorazepate Dipotassium Oral Tab 7.5 Mg
Cyclobenzaprine Hydrochloride Oral Tab 10 Mg
Cyclobenzaprine Hydrochloride Oral Tab 5 Mg
Cyclobenzaprine Hydrochloride Oral Tab 7.5 Mg
Diazepam Oral Sol 1 Mg/MI
Diazepam Oral Tab 10 Mg
Diazepam Oral Tab 2 Mg
Diazepam Oral Tab 5 Mg
Diazepam Oral Sol 5 Mg/MI
Digoxin Oral Sol 0.05 Mg/MI
Digoxin Oral Tab 0.25 Mg
Digox Oral Tab 0.25 mg
Digitek Oral Tab 0.25 Mg
Doxepin Hydrochloride Oral Cap 10 Mg
Doxepin Hydrochloride Oral Sol 10 Mg/MI
Doxepin Hydrochloride Oral Cap 100 Mg
Doxepin Hydrochloride Oral Cap 150 Mg
Doxepin Hydrochloride Oral Cap 25 Mg
Doxepin Hydrochloride Oral Cap 50 Mg
Doxepin Hydrochloride Oral Cap 75 Mg
Estradiol Transdermal System 0.00104 Mg/Hr
Estradiol Transdermal System 0.00156 Mg/Hr
Estradiol Transdermal System 0.00208 Mg/Hr
Estradiol Transdermal System 0.0025 Mg/Hr

Estradiol Transdermal System 0.00312 Mg/Hr
Estradiol Transdermal System 0.00417 Mg/Hr
Estradiol Oral Tab 0.5 Mg
Estradiol Oral Tab 1 Mg
Estradiol Oral Tab 2 Mg
Premarin Oral Tab 0.3 Mg
Premarin Pack 0.3 Mg / 1.5 Mg
Premarin Oral Tab 0.45 Mg
Prempro Pack 0.45 Mg / 1.5 Mg
Premarin Oral Tab 0.625 Mg
Prempro Pack 0.625 Mg / 2.5 Mg
Prempro Pack 0.625 Mg / 5 Mg
Premarin Oral Tab 0.9 Mg
Premarin Oral Tab 1.25 Mg
Menest Oral Tab 0.3 Mg
Menest Oral Tab 0.625 Mg
Menest Oral Tab 1.25 Mg
Estropipate Oral Tab 0.75 Mg
Estropipate Oral Tab 1.5 Mg
Fyavolv Oral Tab 0.0025 Mg / 0.5 Mg
Fyavolv Oral Tab 0.005 Mg / 1 Mg
Guanfacine ER Oral Tab 1 Mg
Guanfacine ER Oral Tab 2 Mg
Guanfacine ER Oral Tab 3 Mg
Guanfacine ER Oral Tab 4 Mg
Hydroxyzine Hydrochloride Inj. 25 Mg/ML
Hydroxyzine Hydrochloride Inj. 50 Mg/ML
Imipramine Hydrochloride Oral Tab 10 Mg
Imipramine Hydrochloride Oral Tab 25 Mg
Imipramine Hydrochloride Oral Tab 50 Mg
Imipramine Pamoate Oral Cap 100 Mg
Imipramine Pamoate Oral Cap 125 Mg
Imipramine Pamoate Oral Cap 150 Mg
Imipramine Pamoate Oral Cap 75 Mg
Megestrol Acetate Oral Susp 125 Mg/ML
Megestrol Acetate Oral Tab 20 Mg
Megestrol Acetate Oral Tab 40 Mg
Megestrol Acetate Oral Susp 40 Mg/ML
Nitrofurantoin, Macrocrystals Oral Cap 100 Mg
Nitrofurantoin, Macrocrystals Oral Cap 25 Mg
Nitrofurantoin, Macrocrystals Oral Cap 25 Mg / Nitrofurantoin,
Monohydrate 75 Mg
Nitrofurantoin, Macrocrystals Oral Cap 50 Mg
Paroxetine Hydrochloride Oral Tab 10 Mg
Paxil Oral Susp 2 Mg/ML
Paroxetine Hydrochloride Oral Tab 20 Mg

Paroxetine Hydrochloride Oral Tab 30 Mg
Paroxetine Hydrochloride Oral Tab 40 Mg
Phenobarbital Oral Tab 100 Mg
Phenobarbital Oral Tab 15 Mg
Phenobarbital Oral Tab 16.2 Mg
Phenobarbital Oral Tab 30 Mg
Phenobarbital Oral Tab 32.4 Mg
Phenobarbital Oral Sol 4 Mg/ML
Phenobarbital Oral Tab 60 Mg
Phenobarbital Oral Tab 64.8 Mg
Phenobarbital Oral Tab 97.2 Mg
Phenadoz Hydrochloride Rectal Supp. 12.5 Mg
Promethazine Hydrochloride Oral Tab 12.5 Mg
Promethazine Hydrochloride Oral Tab 25 Mg
Scopolamine Patch 0.0139 mg/Hr
Transderm Scop Transdermal System 0.0139 Mg/Hr
Thioridazine Oral Tab 10 Mg
Thioridazine Oral Tab 100 Mg
Thioridazine Oral Tab 25 Mg
Thioridazine Oral Tab 50 Mg
Thiothixene Oral Cap 1 Mg
Thiothixene Oral Cap 10 Mg
Thiothixene Oral Cap 2 Mg
Thiothixene Oral Cap 5 Mg
Trihexyphenidyl Hydrochloride Oral Sol. 0.4 Mg/ML
Trihexyphenidyl Hydrochloride Oral Tab 2 Mg
Trihexyphenidyl Hydrochloride Oral Tab 5 Mg
Trimipramine Oral Cap 100 Mg
Trimipramine Oral Cap 25 Mg
Trimipramine Oral Cap 50 Mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Preautorización sólo es requerida para un rango específico de edad, 65 años o mayor. El rango de edad aprobado sin preautorización es 64 años o menor.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Preautorización será aprobada si el médico provee certificación de necesidad médica incluyendo haber tratado y fallado a un medicamento alternativo que no sea de alto riesgo.

BELINOSTAT

Medicamentos

Beleodaq Inj. Solution 50 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de linfoma de células T periferal, refractario o recurrente. Previo a la dosis inicial el conteo absoluto de neutrófilos es mayor o igual a $1 \times 10^9/L$ y el conteo de plaquetas es mayor o igual a $50 \times 10^9/L$.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematologo, oncologo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a evaluación B versus D. El Paciente ha probado y tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a por lo menos un tratamiento previo (por ejemplo, quimioterapia convencional)

BENLYSTA

Medicamentos

Benlysta IV Soln. 120 mg
Benlysta IV Soln. 200 mg
Benlysta Auto Injector, Prefilled Syringe 200 mg
Benlysta IV Soln. 400 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Estar recibiendo otra terapia biológica o cyclophosphamida intravenosa

Información Médica Requerida

Diagnóstico de Lupus Eritematoso activo, anticuerpo-positivo (pruebas aceptables incluyen: ANA, anti-ds-DNA, anti-Sm, etc.) Y el paciente debe estar recibiendo concurrentemente una o más de las siguientes terapias estandarizadas: corticosteroides, antimalaria, NSAIDs, inmunosupresores.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

BOTOX

Medicamentos

Botox Inj. 100 units

Botox Inj. 200 units

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Uso Cosmético

Información Médica Requerida

Diagnóstico de: 1. vejiga hiperactiva (VH), respuesta inadecuada o intolerancia a un anticolinérgico, 2. Incontinencia asociada con una condición neurológica (lesión de la médula espinal, esclerosis múltiple, etc.) respuesta inadecuada o intolerancia a un anticolinérgico, 3. Distonía cervical, 4. Profilaxis de dolores de cabeza en pacientes adultos con migraña crónica (15 días por mes con dolor de cabeza con una duración de 4 horas al día o más, 5. Espasticidad, 6. Tratamiento de hiperhidrosis axilar grave que no se trata adecuadamente con agentes tópicos, 7. blefaroespasma asociado con distonía, 8. Estrabismo

Restricción de Edad

Estrabismo o blefaroespasma asociado con distonía incluyendo blefaroespasma esencial benigno o trastornos del VII nervio: Aprobar para pacientes de 12 años o más. Distonía cervical: 16 años y mayores

Restricción de Médico

Dolores de cabeza crónicos de migraña: Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de BvD. Para migraña crónica: el paciente ha fallado o tuvo efectos adversos clínicamente significativos para el tratamiento profiláctico con UNO de los siguientes: divalproex, ácido valproico, topiramato, timolol o propranolol Y el paciente ha fallado o tuvo efectos adversos clínicamente significativos con la terapia abortiva con UNO de los siguientes: sumatriptán, rizatriptán, zolmitriptán, naratriptán, almotriptán, frovatriptán, eletriptán, ergotamina / cafeína o dihidroergotamina.

BRILINTA

Medicamentos

Brilinta Oral Tab. 90 mg

Brilinta Oral Tab. 60 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Hemorragia patológica activa o antecedentes de hemorragia intracraneal, disfunción hepática grave.

Información Médica Requerida

Síndrome Coronario Agudo o historial de Infarto al miocardio (MI)- Profilaxis, trombosis o intervención coronaria percutánea- Profilaxis, trombosis.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

BRIVIACT

Medicamentos

Briviact Oral Tab 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg

Briviact Oral Solution 10 mg/ml

Briviact Inj. 10 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1.Diagnóstico: Tratamiento adjunto de convulsiones de tipo inicio parcial.

Restricción de Edad

16 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D solamente para formulación inyectable.

BUPHENYL

Medicamentos

Sodium Phenylbutyrate Oral Powder
Sodium Phenylbutyrate Oral Tab 500 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Hiperamonemia aguda (no utilizar para la manejo de emergencias)

Información Médica Requerida

BSA

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

BUPRENORPHINE

Medicamentos

Buprenorphine Sublingual Tab. 2 mg

Buprenorphine Sublingual Tab. 8 mg

Buprenorphine/Naloxone 8-2 mg

Buprenorphine/Naloxone 2-0.5 mg

Suboxone Oral Strip 2-5 mg

Suboxone Oral Strip 4-1 mg

Suboxone Oral Strip 8-2 mg

Suboxone Oral Strip 12-3 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

El paciente tiene un diagnóstico de dependencia de opioides

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

Inicial 6 meses, Renovación 12 meses

Otros Criterios

Ninguno

CABOMETYX

Medicamentos

Cabometyx Oral Tab 20 mg, 40 mg, 60 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Carcinoma avanzado de células renales

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Oncólogo, hematólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

CALQUENCE

Medicamentos

Calquence Oral Cap 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

Diagnostico de Linfoma de célula mantle (MCL) que haya recibido al menos un tratamiento previo.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

CARBAGLU

Medicamentos

Carbaglu Oral Susp 80mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de deficiencia de glutamato N-acetil-sintasa (NAGS) y el paciente está experimentando hiperamonemia aguda o crónica.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Cayston Inh Sol. 75 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Fibrosis quística: 7 años de edad y mayores

Restricción de Médico

Pneumólogo o especialista en enfermedades infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación: El paciente se beneficia del tratamiento (es decir, mejoría de la función pulmonar [volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1)] o disminución del número de exacerbaciones pulmonares).

CEREZYME

Medicamentos

Cerezyme 400 unidades vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Enfermedad Tay-Sachs. Enfermedad de Gaucher Tipo 2 ó 3.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

2 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, médico especializado en el tratamiento de trastornos metabólicos hereditarios o el paciente fue remitido a un centro especializado en el tratamiento de la enfermedad de Gaucher.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

CHANTIX

Medicamentos

Chantix Starting Month 0.5 mg & 1 mg

Chantix Oral Tab 0.5 mg

Chantix Oral Tab 1 mg

Chantix Continuing Month Pack 1 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Evidence of therapeutic failure to bupropion.

CHOLBAM

Medicamentos

Cholbam Oral Cap 50 mg

Cholbam Oral Cap 250 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Manifestaciones extra hepáticas de trastornos de síntesis de ácidos biliares debido a defectos enzimáticos SED individuales o trastornos peroxisomales PD incluyendo trastornos Zellwegerspectrum.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: El paciente debe tener uno de los siguientes;
 - a. Desorden de la síntesis de ácidos biliares (SED) debido a defectos enzimáticos individuales o;
 - b. Desorden Peroxisomal (PD) incluyendo trastorno de Zellwegerspectrum, como tratamiento adyuvante.
2. El diagnóstico fue confirmado por una espectrometría de masa u otras pruebas biomédicas ó pruebas genéticas.
3. Resultados iniciales de AST, ALT GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina y el INR.

Restricción de Edad

3 semanas de edad o mayores.

Restricción de Médico

1. Hepatólogo
2. Gastroenterólogo
3. Médico geneticista metabólico o biomédico con experiencia en tratamiento para el trastorno de síntesis de ácidos biliares / Trastorno peroxisomal.

Duración de Cubierta

Inicio: 6 meses

Continuación: 12 meses

Otros Criterios

Para continuación del tratamiento: Monitoreo de función hepática incluyendo AST, ALT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina, y el INR, Y no presenta síntomas que muestren que ha empeorado su función hepática o que ha desarrollado colestasis.

CINRYZE

Medicamentos

Cinryze Iny. 500 unidades/vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de angioedema hereditaria. Y el medicamento será utilizado para profilaxis rutinaria en contra de la angioedema.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Inmunologo, alergista o reumatologo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

CORLANOR

Medicamentos

Corlanor Oral Tab 5 mg
Corlanor Oral Tab 7.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Insuficiencia cardíaca descompensada aguda.
2. Presión arterial inferior a 90/50 mmHg.
3. Síndrome sinusal enfermo, bloqueo sinoatrial o bloqueo AV de tercer grado, a menos que exista un marcapaso de demanda de funcionamiento.
4. Frecuencia cardíaca en reposo inferior a 60 lpm antes del tratamiento.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Cardiologo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

COTELLIC

Medicamentos

Cotellic 20 mg Oral Tab.

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Melanoma del tipo “Wild BRAF”

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: Melanoma no resectable o metastásico con una mutación V600E BRAF o V600K, en combinación con vemurafenib.
2. Prueba genética – Presencia de mutación BRAF V600E o V600k en las muestras tumorales.
3. Protocolo – combinación con vemurafenib

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

COX-2

Medicamentos

Celecoxib Oral Cap 50 mg, 100 mg, 200 mg, 400 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Antecedentes de asma, urticaria u otras reacciones de tipo alérgico después de tomar aspirina u otros NSAIDs,
2. En el contexto de la cirugía de revascularización coronaria.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

- Pacientes con historial de enfermedades cardiovasculares y/o Diabetes Mellitus: 3 meses, excepto cuando el médico provea certificación de necesidad médica
- Pacientes sin historial de enfermedades cardiovasculares y/o Diabetes Mellitus: 12 meses

Otros Criterios

Requiere tratar y fallar en los pasados 180 días al tratamiento de 2 NSAIDS (Antiinflamatorios No Esteroidales, por sus siglas en inglés).

CYCLOBENZAPRINE-BEERS

Medicamentos

Cyclobenzaprine Oral Tab. 5 mg, 10 mg, 7.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones medicamente aceptadas no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico 2. Certificación médica en la que indique que él/ella ha evaluado el riesgo versus beneficio durante el uso de este medicamento de alto riesgo (HRM) y aun así desea iniciar ó continuar terapia.

Restricción de Edad

La preautorización es sólo requerida para el rango específico de edad de 65 años o más. El rango de edad aprobado sin necesidad de preautorización es 64 años o menos.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

El médico ha evaluado el riesgo versus el beneficio para el uso de este medicamento de alto riesgo (HRM) y ha confirmado que él/ella aun así desea iniciar /continuar terapia.

CYRAMZA

Medicamentos

Cyramza Inj. 10 mg/ml
Cyramza Inj. 500mg/50ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Indicación:

1. Como agente único o en combinación con paclitaxel, para el tratamiento de adenocarcinoma gástrico avanzado o de unión gastro-esofágica, con progresión de la enfermedad estando en o después de tratamiento con fluoropirimidina o quimioterapia O
2. 2. En combinación con docetaxel, para el tratamiento de cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico con progresión de la enfermedad en o después que quimioterapia basada en platino. Los pacientes con aberraciones tumorales del genoma EGFR o ALK deben tener progresión de la enfermedad en terapia aprobada por la FDA para estas aberraciones antes de recibir CYRAMZA O
3. 3. En combinación con FOLFIRI, para el tratamiento de cáncer colorrectal metastasico con progresión de la enfermedad en o después del tratamiento previo con bevacizumab, oxaliplatino, y una fluoropirimidina

Restricción de Edad

18 años de edad o mayores

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

1. Sujeto a revisión B vs D.
2. Criterio para la continuación del tratamiento:
 - A. Paciente responde al tratamiento
 - B. Paciente tolera el tratamiento y
 - C. Paciente no ha sufrido una hemorragia grave durante el tratamiento.

DAKLINZA

Medicamentos

Daklinza Oral Tab 30 mg, 60 mg y 90 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Infección crónica de hepatitis C confirmada por la presencia de RNA del VHC en suero antes de iniciar tratamiento. Régimen de tratamiento, genotipo, historial previo de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh class B or C]), presencia o ausencia de infección con HIV, presencia o ausencia de resistencia, estado en relación a trasplante de hígado. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las directrices actuales del tratamiento de la AASLD.

Restricción de Edad

18 años de edad o mayores

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

Los criterios se aplicarán de acuerdo a las guías actualizadas de la AASLD-IDSA

Otros Criterios

Ninguno.

Medicamentos

Darzalex Inj. 20 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para ser utilizado en una de las siguientes indicaciones: 1. en combinación con bortezomib, melfalán y prednisona para el tratamiento de pacientes con nuevos diagnósticos de mieloma múltiple que no son elegibles para trasplante autólogo de células madre. 2. en combinación con lenalidomida y dexametasona, o bortezomib y dexametasona, para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido al menos una terapia previa. 3. en combinación con pomalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido al menos dos tratamientos previos como lenalidomida y un inhibidor de proteasoma. 4. como monoterapia para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido al menos tres líneas previas de terapia incluyendo un inhibidor del proteasoma (PI) como un agente inmunomodulador o que es doble-refractaria a un PI y un agente inmunomodulador.

Restricción de Edad

18 años de edad o mayores

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

DEMEROL INJ. MEPERIDINE INJ.

Medicamentos

Meperidine Inj. 50 mg

Meperidine Inj. 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, Indicación de uso

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

1. Para el manejo del dolor de moderado a severo: anestesiólogo, especialista en control del dolor, hematólogo-oncólogo 2. Premedicación para procedimientos: gastroenterólogo

Duración de Cubierta

30 días

Otros Criterios

1. Para el dolor de moderado a severo, fallo a tratamiento o efecto adverso a dos (2) medicamentos opioides del formulario de acción corta disponibles. 2. Dosis diaria máxima permitida: 1200 mg / día para el tratamiento del dolor agudo de moderado a grave. El uso crónico no se recomienda debido a un mayor riesgo de neurotoxicidad (por ejemplo, convulsiones) secundario a la acumulación del metabolito de meperidina, normeperidina.

MEDICAMENTOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

Medicamentos

Humira Kit 20 mg/ 0.4 ml, 40 mg/ 0.8 ml

Humira kit Pen Injector 40 mg/0.4 ml

Humira Kit Prefilled Syringe 40 mg/0.4 ml; 10 mg/0.1 ml

Humira Pediatric Crohns Start Prefilled Syringe 80 mg/0.8 ml; 40 mg/0.4ml; 40 mg/0.8 ml

Humira Pediatric Crohns Start (6 pack) 40 mg/0.8 ml

Humira Pen-Crohns Starter Kit

Humira Psoriasis Start Pen Injector 40 mg/0.8 ml

Humira Pen Auto Injector 50 mg/ml

Humira Kit Prefilled Syringe 20 mg/0.2ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

PPD (-)

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Para la artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante: Reumatólogo

Para psoriasis con artropatía: Reumatólogo o Dermatólogo

Para la enfermedad de Crohn: Gastroenterólogo

Para psoriasis de la placa: Dermatólogo o Reumatólogo

Para la artritis idiopática juvenil: Reumatólogo

Para colitis ulcerosa: Gastroenterólogo

Para hidradenitis supurativa (HS): Dermatólogo

Para uveítis: Oftalmólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

1. Para adultos con artritis reumatoide - Si el paciente ha probado un DMARD (marca o genérico, oral o inyectable) durante al menos 2 meses, o está recibiendo simultáneamente metotrexato (MTX), entonces se puede dar autorización para adalimumab. Adalimumab está aprobado por la FDA para la AR en adultos que han tenido una respuesta inadecuada a uno o más DMARD. DMARD son los siguientes medicamentos: anakinra, auranofina (Ridaura), aurotioglucosa, azatioprina, ciclosporina (varias marcas genéricas), d-penicilamina (Cuprimina), etanercept, oro thiomalate de sodio (Aurolate, genérico), hidroxicloroquina, infliximab, leflunomida, MTX , O sulfasalazina.
2. Iniciar el tratamiento con DMARD como adalimumab no es lo común. La mayoría de los pacientes habrán recibido tratamiento inicial con DMARD oral (por ejemplo, hidroxicloroquina, sulfasalazina, MTX). Si el MTX está contraindicado se debe intentar otro DMARD oral. Algunos

pacientes con pronósticos desfavorables (por ejemplo, edad temprana de aparición de la enfermedad, alto índice de factor reumatoide, aumento de la tasa de sedimentación de eritrocitos, hinchazón de más o igual a 20 articulaciones, manifestaciones extra articulares de la AR) o con erosión en las articulaciones podrían ser comenzados en un agente biológico, como el adalimumab, los pacientes serán evaluados por un farmacéutico y / o un médico caso por caso para determinar una recomendación de cobertura para el cliente..

3. Para la enfermedad de Crohn (moderada a grave), en pacientes con una respuesta inadecuada a al menos dos terapias convencionales (por ejemplo, sulfasalazina, medicamentos que contienen mesalamina como Asacol, Dipentum o Pentasa, corticosteroides, supresores del sistema inmune). Para la colitis ulcerosa en pacientes con colitis ulcerosa activa moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada a los inmunosupresores tales como corticosteroides, azatioprina o 6-mercaptopurina (6-MP).

EMPLICITI

Medicamento

Empliciti Inj. 300 mg

Empliciti Inj. 400 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico: En combinación con ledaminomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido de uno a tres tratamientos previos.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

ENTRESTO

Medicamento

Entresto Oral Tab. 24mg/26mg
Entresto Oral Tab. 97mg/103mg
Entresto Oral Tab. 49mg/51mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Historial de angioedema relacionado con el tratamiento previo con inhibidores ACE o ARBs.
2. Uso concomitante con inhibidores ACE.
3. Uso concomitante con aliskiren en pacientes con diabetes

Información Médica Requerida

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Fracción de eyección menor o igual a 40 por ciento. La insuficiencia cardíaca se clasifica por NYHA como Clase II, III o IV. El paciente está recibiendo terapia concomitante con uno de los siguientes betabloqueadores en dosis máxima tolerada o tiene una contraindicación o intolerancia al tratamiento con betabloqueadores: bisoprolol, carvedilol o succinato de metoprolol.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para la continuación: documentación de respuesta clínica positiva al tratamiento.

EPCLUSA

Medicamento

Epclusa Oral Tab 400 mg/100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico
2. Genotipo
3. Estado de tratamiento del paciente (Paciente nuevo en el tratamiento o paciente con experiencia previa en el tratamiento) Y
4. Estado de la Cirrhosis son requeridos.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

1. Gastroenterólogo
2. Hepatólogo
3. Especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de Cubierta

12 semanas

Otros Criterios

El criterio será aplicado consistentes con las guías actuales de AASLD/IDSA.

ERLEADA

Medicamento

Erleada Oral Tab 60 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Cáncer de próstata no metastásico resistente a castración

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ESTIMULANTES DE ERITROCITOS

Medicamentos

Procrit Inj Soln 2,000 unit/ml, 3,000 unit/ml, 4,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, unit/ml 20,000 unit/ml, 40,000 unit/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D redactado como la anemia asociada con insuficiencia renal crónica (IRC), incluso en pacientes sometidos o no a diálisis, y en los términos como la anemia secundaria a la quimioterapia mielosupresora contra el cáncer en los tumores sólidos, mieloma múltiple, linfoma y la leucemia linfocítica. Además de la anemia en pacientes con VIH que reciben zidovudina. Pacientes con anemia (Hgb de 13,0 g / dl o menos) con alto riesgo de las transfusiones preoperatorias (secundaria a una pérdida significativa de sangre y se prevé que han de someterse, cirugía electiva no cardíaca, no vascular para reducir la necesidad de transfusiones de sangre alogénica). Anemia debido a síndrome mielodisplásico (SMD). La anemia asociada con el uso del tratamiento con ribavirina para la hepatitis C (en combinación con interferón o interferón pegilado alfa productos 2a/2b).

Criterios de Exclusión

Hipertensión no controlada

Información Médica Requerida

Anemia por CRF. La hemoglobina (Hb) igual o menor a 10,0 g/dL para comenzar. Hb menor o igual a 12,0 g/dl si previamente estuvo en epoetina alfa (EA) o Aranesp. Anemia con quimioterapia mielosupresora. Hb inmediatamente antes de la EA es de 10.0 g/dL o menos (o hematocrito [HCT] es de 30% o menos). Mantenimiento de EA en dosis inicial, si se mantiene el nivel de Hb 10,0 g / dl o menos (o hematocrito se mantiene un 30% o menos) 4 semanas después de la llegada de inicio y Hb es de 1,0 g / dl o más (aumento de hematocrito es del 3% o más). Paciente con Hb que aumenta menos de 1,0 g / dl (aumento de hematocrito inferior al 3%) vs pretratamiento línea de base de más de 4 semanas de tratamiento y Hb es inferior a 10,0 g / dl después de 4 semanas de tratamiento (hematocrito es inferior al 30%), la dosis recomendada por la FDA de partida puede ser mayor cuando esté en un 25%. El uso continuado no es razonable/necesario si Hb se eleva a menos de 1,0 g / dl (aumento de hematocrito inferior al 3%) versus referencia de pretratamiento por 8 semanas de tratamiento. Continuidad de EA no es razonable / necesaria si hay un rápido aumento de Hb superior a 1,0 g / dl (hematocrito superior al 3%) por más de 2 semanas de tratamiento a menos que Hb se mantenga por debajo o posteriormente caiga a menos de 10,0 g / dl (o si el hematocrito es menor a 30%). Continuación / restablecimiento de EA debe tener una reducción de dosis del 25% de la dosis previa. MDS, aprobar si Hb es 12,0 g / dl o menos. Pacientes que recibieron previamente Aranesp o EA, aprobar si la Hb es de 12.0 g / dL o menos. Se permiten 6 meses de tratamiento adicionales después de los primeros 6 meses si es Hb 12,0 g / dl o menos. La anemia en VIH (+ zidovudina), la Hb es 10,0 g / dl o menos, o los niveles de eritropoietina endógena son de 500 unidades / ml o menos al inicio de tratamiento. Anteriormente en EA, se aprobará si la Hb es de 12.0 g / dL o menos. Anemia a consecuencia del uso de ribavirina por hepatitis C, Hb 10,0 g / dl o menos al inicio de tratamiento. Para todas las condiciones, denegar si Hb es superior a 12,0 g / dl.

Restricción de Edad

Un mes de edad o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Gastroenterólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Nefrólogo, Cirujano.

Duración de Cubierta

- Curso quimioterapia: 8 semanas después de la última dosis de quimioterapia
- MDS: 6 meses
- Hemoglobina de 12 g/dL o menos: 6 meses adicionales
- Transfusiones: 3 semanas
- Otras: 12 meses

Otros Criterios

Determinación de beneficio Parte B versus la Parte D se realizará en el momento de la revisión previa de la autorización según la guía de la CMS para establecer si el fármaco prescrito debe usarse para una enfermedad relacionada con la enfermedad renal terminal (ESRD). Antes y durante el tratamiento con ESA, la saturación de transferrina debe ser al menos del 20%, y la ferritina debe ser de al menos 100 ng / mL.

ESBRIET

Medicamento

Esbriet Oral Cap 267 mg
Esbriet Oral Tablet 267 mg
Esbriet Oral Tablet 801 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, fibrosis idiopática pulmonar confirmado por CT Scan o biopsia, paciente tiene incapacidad vital forzada (FVC) mayor o igual al 50 % de lo previsto y el paciente no tiene evidencia o sospecha de un diagnóstico alternativo de enfermedad pulmonar intersticial y se le realizaron pruebas de función hepática al comienzo de terapia.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación de tratamiento, el paciente está estabilizado o tiene una disminución de menos del 10 por ciento de la capacidad vital forzada y el paciente no ha experimentado aumento en las enzimas AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o 3 veces mayor al límite superior de lo normal con signos o síntomas de daño hepático grave.

EXELON

Medicamento

Rivastigmine Transdermal Patch 4.6 mg/24 Hr, 9.5 mg/24 Hr, 13.3 mg/24 Hr

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Folstein Mini-Mental Status Exam (MMSE)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

MMSE se basa en 30 puntos. Aprobar si MMSE es menor o igual a 24. MMSE no se requiere si el paciente ha probado donepezil.

EXJADE

Medicamentos

Exjade Oral Tab 125 mg, 250 mg, 500 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Malignidades avanzadas, PLT menos de 50×10^9 / L, síndromes mielodisplásicos de alto riesgo, CrCL menos de 40 ml / min, o SRCR mayor que 2 veces el ULN apropiado para la edad.

Información Médica Requerida

SCr o CrCl en duplicado, transaminasa sérica, bilirrubina, ferritina sérica, y niveles de hierro antes de iniciar la terapia.

Restricción de Edad

2 años o más

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

FABRAZYME

Medicamentos

Fabrazyme IV 35 mg vial

Fabrazyme IV 5 mg vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Enfermedad de Fabry en pacientes del sexo masculino a base de los síntomas clínicos o por pruebas genéticas.

Enfermedad de Fabry en pacientes de sexo femenino a base de antecedentes familiares y / o pruebas genéticas.

Restricción de Edad

8 años o más

Restricción de Médico

Pediatra, internista, genetista o especialista en metabolismo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

FARYDAK

Medicamentos

Farydak Oral Cap

10 mg

15 mg

20 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, múltiple mieloma y todo lo siguiente:

1. En combinación con bortezomib y dexamethasone y,
2. Paciente ha recibido al menos 2 regímenes previos, incluyendo bortezomib y un agente inmunomodulador.
 - a. (Bortezomib / ciclofosfamida / dexametasona, Bortezomib / dexametasona, Bortezomib / doxorubicina / dexametasona, Bortezomib / lenalidomida / dexametasona, Bortezomib / talidomida / dexametasona).
 - b. Conteo sanguíneo completo (CBC). No iniciar la terapia si el recuento de plaquetas de línea de base es menor que $100 \times 10^9 / L$ o si la línea de base de recuento absoluto de neutrófilos es inferior a $1,5 \times 10^9 / L$. Hb mayor que 10 g / dl.
 - c. ECG con la interpretación (en no más de una mes previo a la iniciación de la terapia): No iniciar si el QTc es más de 450 msec o si hay una anomalía clínicamente significativa del segmento ST o T. d. Los electrolitos séricos: (K: 3.5 -5.0 mEq/L o 3.5 -5.0 mmol/L, Mg: 1.5-2.5 mg/d.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

1. Hematólogo
2. Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

El paciente debe estar afiliado al programa FARYDAK REMS

FENTANYL

Medicamentos

Fentanyl Transdermal Patch 0.012 mg/hr, 0.1 mg/hr, 0.025 mg/hr, 0.05 mg/hr, 0.075 mg/hr

Fentanyl Oral Lozenge 0.2 mg, 0.4 mg, 0.6 mg, 0.8 mg, 1.2 mg, 1.6 mg

Fentora Buccal Tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.4 mg, 0.6 mg, 0.8 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Asma bronquial aguda o grave, íleo paralítico, depresión respiratoria significativa. Dolor agudo o post-operatorio, incluyendo el uso después de cirugías ambulatorias, o si se requiere analgesia para el período a corto plazo. Manejo de dolor leve o intermitente. Pacientes no tolerantes a opiáceos.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Para Fentanyl OTF: Oncólogos y especialistas de dolor

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

A. Parchos de fentanyl para los pacientes que:

1. Requieren tratamiento continuo, administración de opioides (las 24 horas del día) durante un período prolongado de tiempo
2. No pueden ser manejados por otros medicamentos, como analgésicos no esteroideos, combinación de opioides, u opioides de liberación inmediata

B. Fentanyl OTFC:

1. Paciente es incapaz de tragar, tiene disfagia, esofagitis, mucositis, o náuseas/vómitos incontrolables, o
2. Paciente no puede tomar otras drogas de acción corta (por ejemplo, oxicodona, sulfato de morfina, hidromorfona, etc.) secundario a la alergia o reacciones adversas graves. Y
3. Paciente está o estará en un narcótico de acción prolongada (por ejemplo, Duragesic), o el paciente se encuentra en narcóticos vía intravenosa, subcutánea, o la columna vertebral (intratecal, epidural), (por ejemplo, el sulfato de morfina, hidromorfona, citrato de fentanyl).

FERRIPROX

Medicamentos

Ferriprox Oral Tab. 500 mg

Ferriprox Oral Sol. 100mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de sobrecarga de hierro, Transfusional - síndrome de talasemia. Recuento absoluto de neutrófilos (ANC)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

FILGRASTIM

Medicamentos

Neupogen Syringe 0.6 Mg/MI

Neupogen Inj 0.3 Mg/MI

Granix 0.6 Mg/MI

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

CBC y recuento de plaquetas

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo o Especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

Autorización será por 4 meses por solicitud dependiendo de diagnóstico para evaluar los resultados de laboratorio.

Otros Criterios

Ninguno

FIRAZYR

Medicamentos

Firazyr 10 Mg/MI PREFILLED SYRINGE

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Prescrito por, o en consulta con un alergista/inmunólogo o un especialista en el tratamiento de HAE (angioedema hereditaria) o condiciones relacionadas.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

FORTEO

Medicamentos

Forteo 0.02 Mg/Actuat PEN INJECTOR

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Endocrinólogos, Reumatólogos, Ortopedas, Ginecólogos

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Forteo puede ser aprobado para las indicaciones cubiertas de osteoporosis si el paciente ha intentado y ha fracasado a dos bifosfonatos orales (por ejemplo, alendronato, ibandronato), historial previo en reclamaciones, el medico deberá presentar documentación del expediente médico o de farmacia con el procesamiento a través del administrador de beneficio de farmacia previo. Si el paciente tiene insuficiencia renal grave (por ejemplo, aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml / min) o enfermedad renal crónica, o si el paciente tiene múltiples fracturas vertebrales con T-score vertebrales menores a -2.5.

FYCOMPA

Medicamentos

Fycompa Oral Tab 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg

Fycompa Oral Suspension 0.5 Mg/MI

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Fycompa se utiliza en combinación con al menos otro medicamento antiepiléptico.

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Fallo al uso de medicamentos antiepilépticos en monoterapia. Historial previo de medicamentos en reclamaciones, médico presentará documentación del expediente médico o reclamación de farmacia con el administrador del beneficio de farmacia anterior para cumplir con previa utilización.

Medicamentos

Gattex Inj Solution 5 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Malignidad activa gastrointestinal (tracto gastrointestinal, hepatobiliar, pancreático), cáncer colorrectal, o cáncer de intestino delgado.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de síndrome de intestino corto y paciente está recibiendo soporte nutricional especializado (es decir, la nutrición parenteral).
2. Imágenes de colonoscopia o alternativa con la extirpación de pólipos debe hacerse dentro de los 6 meses antes de la iniciación de teduglutida y los pacientes deben someterse a evaluaciones iniciales de laboratorio (bilirrubina, fosfatasa alcalina, lipasa y amilasa)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo

Duración de Cubierta

Iniciación, 6 meses.

Renovación, 12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente debe tener la necesidad de soporte parenteral disminuida (a un 20% de disminución) después de por lo menos 6 meses de terapia.

Medicamentos

Gilenya Oral Cap 0.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Infarto de miocardio (en los últimos 6 meses), angina inestable, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, insuficiencia cardíaca descompensada que requiere hospitalización, o Clase III / IV de insuficiencia cardíaca, Historial del tipo Mobitz II segundo grado o tercera grado de bloqueo AV o síndrome del seno enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapaso, Línea de Base intervalo QTsec = 500 ms, tratamiento con antiarrítmicos clase Ia o III.

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

10 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo o un especialista en esclerosis múltiple

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

GLATIRAMER

Medicamentos

Glatopa Prefilled Syringe 20 mg/ml
Glatopa Prefilled Syringe 40 mg/ml
Glatiramer Prefilled Syringe 20 mg/ml
Glatiramer Prefilled Syringe 40 mg/ ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

El uso simultáneo de acetato de glatiramer con interferón beta-1a (Avonex, Rebif) o interferón beta-1b (Betaseron)

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo o un especialista en esclerosis múltiple

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

HORMONAS DE CRECIMIENTO Y MEDICAMENTOS RELACIONADOS

Medicamentos

Norditropin PEN INJECTOR 3.33 Mg/MI, 6.67 Mg/MI, 10 Mg/MI

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones médicamente acepadas no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Insuficiencia respiratoria aguda, enfermedad maligna activa.

Información Médica Requerida

Niños con deficiencia de hormona de crecimiento (HC) adquirida. Prueba de estimulación de GH documentada con 1 prueba (levodopa, hipoglicemia inducida por insulina, arginina, clonidina o glucagón) que muestra una deficiencia definida por una disminución de la respuesta sérica de HC a pruebas de estimulación de menos de 10 ng / mL y la altura basal menor que el tercer percentil para el género y edad Y velocidad de la altura del pretratamiento en niños menores de 3 años de menos de 7 cm / año y en niños mayores o iguales a 3 años de menos de 4 cm / año O niño de cualquier edad con velocidad de crecimiento menor al décimo percentil para la edad y sexo basados en al menos 6 meses de datos. Si el niño que ha sufrido radiación cerebral no tiene que cumplir los criterios para la altura de la línea de base. El hipopituitarismo congénito no tiene que cumplir los criterios de altura o velocidad de crecimiento. El niño que ha tenido una hipofisectomía no tiene que cumplir con ningún criterio. Estatura baja deficiente en HC (baja estatura idiopática) en niños con epífisis abiertas. 6 meses de prueba. Altura de la línea de base de menos que el tercer percentil (es decir, mayor que 2 DE por debajo de la media para el sexo y la edad Y la velocidad de la altura del pretratamiento en niños menores de 3 años menores de 7 cm / año y en niños mayores o iguales a 3 años menores de 4 cm / año O niño de cualquier edad con velocidad de crecimiento menor al décimo percentil para la edad y el sexo basados en al menos 6 meses de datos Y el endocrinólogo pediátrico debe certificar que el niño tiene una condición para la cual la HC es efectiva (o posiblemente será efectiva durante el ensayo inicial de la terapia) y el endocrinólogo pediátrico debe certificar que basándose en la radiografía de edad ósea, la altura prevista del adulto es menor que el percentil 3. El ensayo de 6 meses de HC es para establecer que la condición del niño responde a la terapia con HC. La autorización para el tratamiento continuo se basa en una respuesta clínica adecuada definida como una tasa de crecimiento anualizada aumentada en comparación con el año anterior.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Endocrinólogo o Nefrólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Adulto con deficiencia de Hormona de Crecimiento HC (comienzo) Y de comienzo en la adultez (HC solo o múltiples deficiencias hormonales / hipopituitarismo por enfermedad en la pituitaria , enfermedad en el hipotálamo. cirugía, tratamiento de radiación craneal, tratamiento de tumor, lesión cerebral traumática, o hemorragia subaracnoidea) o en la niñez Y respuesta negativa a 1 prueba de estimulación de HC (tolerancia a insulina [pico inferior a 5 mcg / L] o glucagón [pico inferior a 3 mcg / L]) [GHRH más arginina se puede utilizar si está disponible], transición de adolescentes de somatropina 1 mes antes de volver a probar, OR 3 o más deficiencias de la hormona hipofisaria (TSH, ACTH, LH / FSH o AVP) y IGF-1 sérico de 84 microgramos/ L o menos utilizando el Esoterix ECB RIA o IGF-1 SDS ajustado por edad / sexo por debajo del percentil 2.5. , Turners, tratamiento inicial, femenino, y tiene corta estatura. SHOX , comienzo, epiphyses abiertas. CRI, de comienzo, aprobar. Prader-Willi, tratamiento inicial, aprobar. SGA / IUGR, tratamiento inicial, SGA nacidos Y ningún crecimiento de recuperación suficiente antes de los 4 años, Y de 2 a 8 años de edad, si son mayores de 8 años, aprobar tratamiento de 1 año si altura pre pubertad y la línea de base es menos del 3er percentil para Género / edad. Síndrome de Noonan, inicial, altura de línea de base es inferior al percentil 3. Infección por VIH con síndrome de desgaste o caquexia, VIH-positivo Y tienen 1 de los siguientes, pérdida de peso no intencionada documentada de más de o igual al 10% de la línea de base OR menos del 90% del límite inferior del peso corporal ideal O BMI inferior a O igual a 20 kg / m2 Y capaz de consumir o ser alimentado por medio de alimentación parenteral o enteral 75% o más de los requerimientos energéticos de mantenimiento basados en el peso corporal actual Y en el tratamiento antirretroviral mayor o igual a 30 días antes del inicio de tratamiento con HC y continuara el tratamiento antirretroviral durante el tratamiento con HC . Se pueden autorizar cursos repetidos de GH de 12 o 24 semanas después del curso inicial de HC de 12 ó 24 semanas para la infección por VIH con emaciación o caquexia, siempre y cuando estén fuera de la HC por al menos 1 mes y cumple con todos los criterios previos de VIH. Asumir o alimentarse por medio de la alimentación parenteral o enteral 75% o más de los requerimientos energéticos de mantenimiento basados en el peso corporal actual y en el tratamiento antirretroviral durante o más de 30 días antes del comienzo de tratamiento con HC y continuará con el tratamiento antirretroviral .Pacientes, SBS, serán evaluados caso por caso para más de un curso de 4 semanas por año.

HARVONI

Medicamentos

Harvoni Oral Cap 90-400mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico,
2. Genotipo Y
3. Es requerido determinar el estado del tratamiento del paciente (Paciente nuevo en el tratamiento o con experiencia.)

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

12 a 24 semanas dependiendo de la línea base del huésped y factores virales.

Otros Criterios

Los criterios se aplicaran de acuerdo a las guías de AASLD / IDSA mas actualizadas.

HALAVEN

Medicamentos

Halaven IV 0.5 mg/ml solution

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de:

1. Cáncer de mama metastásico que ha recibido previamente al menos dos regímenes quimioterapéuticos para el tratamiento de la enfermedad metastásica. La terapia previa debería haber incluido una antraciclina y un taxano en el contexto adyuvante o ser metastásico. O
2. Liposarcoma no resecable o metastásico que ha recibido un régimen anterior que contiene antraciclina

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

HEPSERA

Medicamentos

Adefovir dipivoxil Oral Tab 10 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

HETLIOZ

Medicamento

Hetlioz 20 mg oral cap.

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Trastorno del sueño no 24 horas y el paciente está totalmente ciego sin percepción de la luz.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Especialista en trastornos del sueño o Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

HEXALEN

Medicamentos

Hexalen Oral Cap 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Depresión de la médula ósea severa o toxicidad neurológica severa preexistente.

Información Médica Requerida

BSA

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

HIPNÓTICOS NO-BENZODIACEPINAS

Medicamentos

Zaleplon 5 mg, 10 mg Oral Cap

Zolpidem Tartrate Oral Tab. 5mg, 10 mg

Zolpidem Tartrate Oral Tab ER 6.25 mg, 12.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

La preautorización sólo se requiere para un rango de edad específico, 65 años o más. El rango de edad aprobado sin preautorización es de 64 años o menos.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

PA será aprobado si la declaración de la necesidad médica es proporcionada por el médico incluyendo la utilización previa y fracaso de una alternativa de no alto riesgo. Alternativas en formulario incluyen pero no se limitan a Silenor y Rozerem.

HUMULIN R 500

Medicamento

Humulin R Pen Injector 500 units/ml (kiwipen)

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Para uso de bomba de insulina.

Información Médica Requerida

Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus que requiere utilizar más de 200 unidades de insulina por día.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

IBRANCE

Medicamentos

Ibrance Oral Cap

100 mg

125 mg

75 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico del cáncer de mama avanzado o metastásico negativo del receptor del factor epidérmico humano 2 (HER 2) humano positivo al receptor hormonal (HR) en combinación con: un inhibidor de aromatasas como tratamiento endocrino inicial en mujeres postmenopáusicas o fulvestrant en mujeres con progresión de la enfermedad después de la terapia endocrina.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Iclusig Oral Tab 15 mg

Iclusig Oral Tab 45 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de:

- 1) Leucemia mieloide crónica, acelerada o blástica, para la cual no está indicada ninguna otra terapia de inhibidores de la quinasa de tirosina.
- 2) Leucemia mieloide crónica, T315l-positiva, acelerada o blástica.
- 3) Leucemia limfoblástica aguda, Cromosoma Philadelphia-Positivo; para la cual no este indicada ninguna otra terapia de inhibidores de la quinasa de tirosina.,.
- 4) Leucemia limfoblástica aguda, Cromosoma Philadelphia-Positivo, T315l-positivo.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe cumplir con los criterios de cobertura de la Parte D y no estar cubierto por la parte B.

IDHIFA

Medicamentos

Idhifa Oral Tab 50 mg

Idhifa Oral Tab 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, tratamiento para pacientes adultos con leucemia mieloide aguda recurrente o refractaria (AML) con una mutación de isocitrato de deshidrogenasa-2 (IDH2) detectada por una prueba aprobada por la FDA.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Ilaris Inj. Solution 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Prueba positiva de tuberculosis

Información Médica Requerida

El Diagnóstico de síndrome asociado a período de criopirina (CAPS), incluyendo el síndrome familiar Fría Auto-inflamatorio (FCAS) y / o de Muckle-Wells Síndrome (MWS) o el diagnóstico de la artritis idiopática juvenil sistémica activa (AIJ) y el paciente ha tratado y experimento una respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia a los corticosteroides (por ejemplo, prednisona, metilprednisolona) o metotrexato.

Restricción de Edad

CAPS – 4 años de edad o mayores. sJIA - 2 años de edad o más.

Restricción de Médico

Prescrito por o en consulta con o recomendación, inmunólogo, alergista, dermatólogo, reumatólogo, neurólogo u otro especialista médico.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente experimentó estabilidad de la enfermedad o mejora. Síndrome asociado a período de criopirina: mejora en suero de proteína C reactiva, los niveles séricos de amiloide A, y los signos y síntomas de los síndromes periódicos asociados a criopirina (por ejemplo, fiebre, erupción urticaria, artralgia, mialgia, fatiga y conjuntivitis) pueden indicar la eficacia. Artritis idiopática juvenil sistémica: la mejora en proteínas y signos y síntomas de la artritis idiopática juvenil sistémica reactiva sérica C (por ejemplo, el tiempo entre ataques de asma y el número de articulaciones con artritis activa y rango limitado de movimiento) puede indicar la eficacia.

Medicamentos

Imfinzi IV. Sol. 120 mg/2.4 ml

Imfinzi IV. Sol. 500 mg/10 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico que:
 - a. Tiene progresión de la enfermedad durante o después de tratamiento con quimioterapia que contiene platino O,
 - b. Tiene progresión de la enfermedad dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento neoadyuvante o adyuvante con quimioterapia que contiene platino. O,
2. Cáncer de pulmón no microcítico en estadio III no operable (CPCNP) cuya enfermedad no ha progresado después de la tratamiento con quimioterapia y radioterapia concurrentes basadas en platino.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión BvD.

IMBRUVICA

Medicamentos

Imbruvica Oral Cap 140 mg
Imbruvica Oral Cap 70 mg
Imbruvica Oral Tab 140 mg
Imbruvica Oral Tab 280 mg
Imbruvica Oral Tab 420 mg
Imbruvica Oral Tab 560 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Oncólogo o Hematólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

IMATINIB

Medicamentos

Imatinib Oral Tab 100 mg

Imatinib Oral Tab 400 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico. Para las indicaciones de CML y ALL, se requiere el estado cromosoma Filadelfia (Ph) de leucemia. Nuevos pacientes con CML y ALL Ph-positivo recibirán autorización para imatinib.

Restricción de Edad

1 año de edad y mayores

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para CML, paciente nuevo debe ser Ph positivo a CML para aprobación de imatinib. Para TODOS, paciente nuevo debe ser Ph- positivo para aprobación de imatinib.

INCRELEX

Medicamentos

Increlex INJECTABLE SOLUTION 10 Mg/MI

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Neoplasia activa o con sospecha.

Información Médica Requerida

Peso

Restricción de Edad

2-18 años

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

INCRUSE ELLIPTA

Medicamentos

Incrise Ellipta Dry Powder Inhaler 0.0625 mg/Actuat

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguno

Restricción de Edad

18 años de edad o mayor

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

INTERFERON BETA-1B

Medicamentos

Betaseron SubQ 0.3 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Utilización concurrente con interferon beta-1b con interferon beta-1a (Avonex, Rebif) o glatiramer acetate (Copaxone)

Información Médica Requerida

MRI

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo o un especialista en Esclerosis Múltiple

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

INTRON A

Medicamentos

Intron-A 6,000,000 unit/ml
Intron-A 10,000,000 unit/ml
Intron-A 18,000,000 units/ml
Intron-A 50,000,000 units/ml
Intron-A 5,000,000 units/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Hepatitis Autoinmune, enfermedad hepática descompensada

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

1. Hepatitis B crónica: 1 año o más
2. Hepatitis C crónica: 3 años o más
3. Otros diagnósticos: 18 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hematólogo, Oncólogo, especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

Medicamentos

Iressa Oral Tab 250 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico: cáncer metastásico de pulmón microcítico (CPNM), cuyos tumores tienen el factor de crecimiento epidémico (EGFR) exón deleción 19 o mutaciones del exón 21 (L858R) de sustitución según detectado por prueba aprobada por la FDA.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación de tratamiento basado en ambos de los siguientes criterios:

1. El paciente no ha experimentado progresión de la enfermedad Y
2. El paciente no ha presentado efectos adversos graves, mientras esta en tratamiento con el medicamento

JAKAFI

Medicamentos

Jakafi Oral Tab 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

Tratamiento inicial se limita a 6 meses y 12 meses siguientes.

Otros Criterios

Autorizaciones subsiguientes requieren documentación de la reducción del tamaño del bazo o la mejoría sintomática.

JUXTAPID

Medicamentos

Juxtapid Oral Cap. 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Insuficiencia hepática de moderada a severa o enfermedad hepática activa que incluye pruebas de función hepática anormal persistente e inexplicable. Embarazo. Uso concomitante con inhibidores de CYP3A4 fuertes o moderados.

Información Médica Requerida

El diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigótica evidenciado por uno de los siguientes: A) confirmación genética de 2 alelos mutantes en el receptor del LDL, ApoB, PCSK9 o hipercolesterolemia autosómica recesiva (ARH) del locus del gen de la proteína adaptadora O B) LDL sin tratar / pretratamiento LDL más de 500 mg / dL El paciente ha intentado y tuvo una respuesta inadecuada a la dosis máxima tolerada de una estatina de alta potencia (p. ej., atorvastatina, rosuvastatina), a menos que todas las estatinas estén contraindicadas Y haya fallado una estatina en combinación con ezetimiba.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Cardiólogo, lipidólogo, endocrinólogo y / o genetista.

Duración de Cubierta

Inicio - 6 meses. Renovación - 12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente ha respondido a la terapia con una disminución en los niveles de LDL desde el inicio Y el paciente no tiene contraindicaciones a la terapia.

KALYDECO

Medicamentos

Kalydeco Oral Tab 150 mg

Kalydeco Oral Granules 50 mg, 75 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnostico de fibrosis quística (CF) la cual tiene una mutacion en el gen CFTR sensible a ivacaftor basado en datos de ensayos clínicos y/o in vitro. Si el genotipo del paciente es desconocido, debe utilizarse una prueba de mutacion de FQ autorizada por la FDA para detectar la presencia de una mutacion CFTR seguido por una verificación bi-direccional de secuencia cuando sea recomendado por la de prueba de mutacion

Restricción de Edad

Gránulos orales: de 2 a 5 años de edad. Tabletas: 6 años de edad y mayores.

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

Iniciación, 3 meses.

Renovación, 6 meses

Otros Criterios

Para renovación, el paciente debe haber experimentado beneficio de la terapia (es decir, la mejora de la función pulmonar [FEV1], disminución del número de exacerbaciones pulmonares).

KANUMA

Medicamentos

Kanuma Inj Vial 20/10 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de la deficiencia de la lipasa ácida lisosomal (LAL-D) Y
2. El diagnóstico fue confirmado por prueba de sangre enzimática (por ejemplo, prueba de mancha de sangre seca) o una prueba genética

Restricción de Edad

1 año de edad o mayor.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, lipidólogo o genetista.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

KEYTRUDA

Medicamentos

Keytruda Inj. Solution 100 mg/4 ml vial

Keytruda Inj. Solution 50 mg vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a evaluación B vs D

KISQALI

Medicamentos

Kisqali Dose Pack 200mg

Kisqali Dose Pack 400mg

Kisqali Dose Pack 600mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico
2. Medicamento debe ser utilizado en combinación con letrozole
3. Antes de iniciar el tratamiento el paciente se debe realizar CBC, prueba de función hepática y un ECG.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para renovación, el paciente no ha tenido progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

KISQALI / FEMARA

Medicamentos

Kisqali / Femara Therapy Pack 200 mg/2.5 mg

Kisqali / Femara Therapy Pack 400 mg/2.5 mg

Kisqali / Femara Therapy Pack 600 mg/2.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico
2. Antes de iniciar el tratamiento el paciente se debe realizar CBC, prueba de función hepática y un ECG.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para renovación, el paciente no ha tenido progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

KORLYM

Medicamentos

Korlym Oral Tab 300mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo. Paciente requiere tratamiento concomitante con corticosteroides a largo plazo (por ejemplo, la inmunosupresión para el trasplante de órganos). Historial de hemorragia vaginal sin explicación aparente. Hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial. Tomando concomitantemente simvastatina, lovastatina, o un sustrato de CYP3A con un estrecho margen terapéutico (por ejemplo, ciclosporina, dihidroergotamina, ergotamina, fentanilo, pimozida, quinidina, sirolimus, tacrolimus).

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de Cushing endógeno Y diabetes mellitus tipo 2 O intolerancia a glucosa Y paciente tiene hiperglicemia secundaria a hipercortisolismo y el paciente ha fallado a terapia o no es un candidato para la cirugía.
2. Afiliado ha fracasado o han sido intolerante a la terapia con inhibidores de la enzima suprarrenales.
3. Afiliados ha fracasado o ha sido intolerante a la terapia con agentes orales e inyectables para diabetes mellitus tipo 2.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

KUVAN

Medicamentos

Kuvan Oral Tab100 mg

Kuvan Oral Solution 100 mg, 500 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Peso

Restricción de Edad

1 mes de edad o más

Restricción de Médico

Endocrinólogo, hepatólogo, genetista y especialista en metabolismo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Kynamro Prefilled Syringe 200mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Insuficiencia hepática moderada a severa o enfermedad hepática activa incluyendo pruebas persistentes e inexplicables de función hepática anormal.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la hipercolesterolemia familiar homocigótica evidenciado por uno de los siguientes: A) confirmación genética de 2 alelos mutantes en el receptor de la LDL, ApoB, PCSK9, o locus del gen de la proteína adaptadora de la hipercolesterolemia recesiva autosómica (ARH) O B) LDL sin tratar / pretratamiento superior a 500 mg / dl con al menos uno de los siguientes: xantoma cutáneo o tendinoso antes de los 10 años de edad, antecedentes de enfermedad vascular temprana (hombres menores de 55 años, mujeres menores de 60 años) de ambos lados de la familia si LDL parenteral es desconocido, niveles elevados de colesterol LDL antes de la terapia de reducción de lípidos consistente con hipercolesterolemia familiar heterocigótica en ambos padres Y el medicamento se utilizará como complemento a otros tratamientos para la reducción de lípidos Y el paciente ha intentado y tuvo una respuesta inadecuada a la dosis máxima tolerada de estatina de alta potencia (Ej. atorvastatina, rosuvastatina), a menos que todas las estatinas estén contraindicadas Y haya probado y fallado una estatina en combinación con otras terapias reductoras de lípidos tales como ezetimiba, secuestrante de ácidos biliares o niacina.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Cardiólogo, endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Participación en programa de REMS.

LENVIMA

Medicamentos

Lenvima Pack

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, 1. Cáncer Diferenciado de Tiroides (DTC): agente único para pacientes con DTC recurrente o metastásico refractario, a radiación con yodo O 2. Cáncer de Células Renales (RCC): en combinación con everolimus, para pacientes con RCC avanzado, luego de una terapia anti-angiogénica previa.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

1. Hematólogo
2. Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

LETAIRIS

Medicamentos

Letairis Oral Tab 5 mg

Letairis Oral Tab 10 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo. Fibrosis pulmonar idiopática.

Información Médica Requerida

Para la indicación de hipertensión arterial pulmonar aprobada por la FDA, los pacientes que actualmente no están en Letairis deben someterse a un cateterismo del corazón para confirmar el diagnóstico de HAP para garantizar una evaluación médica adecuada. Para la indicación de hipertensión arterial pulmonar aprobada por la FDA, los pacientes actualmente con Letairis pueden continuar el tratamiento si tienen un diagnóstico de HAP. Letairis: los estudios que establecieron la efectividad incluyeron ensayos predominantemente en pacientes con clase funcional II de la OMS (38%), III (55%). Representación limitada de la clase funcional II de la OMS (2%) y IV (5%), síntomas y etiologías de la HAP idiopática o hereditaria (60%) o HAP asociada a enfermedades del tejido conectivo (34%).

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, Cardiólogo

Duración de Cubierta

Inicio 6 meses. Renovación 12 meses

Otros Criterios

Ninguno

MEDICAMENTOS LHRH

Medicamentos

Leuprolide Acetate Kit 1 mg/0.2ml

Lupron Prefilled Syringe 3.75 mg/ml, 7.5 mg/ml, 11.25 mg/ml, 15 mg/ml, 30 mg/ml, 20 mg/ml

Lupron Depot Ped 30 mg

Trelstar Inj 3.75 mg, 11.25mg, 22.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ginecólogo, Urólogo, Oncólogo, Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe cumplir con los criterios de cubierta bajo la Parte D y no debe ser cubierto bajo la Parte B

LIDODERM

Medicamentos

Lidocaine External Patch 5 %

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones medicamento aceptadas no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Neuralgia postherpética o neuropatía diabética: El afiliado debe haber tenido una falla, reacción adversa, o contraindicación a gabapentin.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

LINEZOLID

Medicamentos

Linezolid Oral Tab 600 mg
Linezolid Oral Susp 20 mg/ml
Linezolid Inj 2 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones medicamento aceptadas no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Cultivo

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Especialista de Enfermedades Infecciosas, Especialista Pulmonar o Dermatólogo

Duración de Cubierta

10-14 días (infección por Enterococcus Faecium resistente a Vancomicina - 14-28 días)

Otros Criterios

Para permitir la continuación de la terapia: 1. Aprobado si el paciente comenzó en el hospital, otra facilidad del paciente hospitalizado, o como paciente ambulatorio en linezolid intravenoso (IV) y ahora está cambiando al linezolid oral. 2. Aprobar si el paciente comenzó en el hospital u otro centro de internación en linezolid oral. Esto no incluye a los pacientes que comenzaron el linezolid oral como pacientes ambulatorios a menos que cumplan con otras excepciones mencionadas. 3. Linezolid ORAL - El paciente comenzó en el hospital, en otra instalación para pacientes hospitalizados o como paciente ambulatorio en la vancomicina IV. 4. Para linezolid IV - el paciente debe tener dificultad para tragar linezolid oral.

Medicamentos

LinzeSS Oral Cap 145 mcg

LinzeSS Oral Cap 290 mcg

LinzeSS Oral Cap 720 mcg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Obstrucción mecánica gastrointestinal.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de síndrome de colon irritable con estreñimiento ocurriendo durante al menos 6 meses y el paciente ha intentado y ha fallado aumentando la ingesta de líquidos y fibra y paciente que ha intentado y ha fallado o tiene intolerancia a los laxantes osmóticos, laxantes estimulantes o probióticos O diagnóstico de estreñimiento idiopático crónico durante al menos 3 meses y el paciente ha intentado y ha fallado aumentando la ingesta de líquidos y fibra y pacientes ha intentado y ha fallado o tiene intolerancia a laxantes osmóticos, laxantes estimulantes o ablandadores fecales.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo

Duración de Cubierta

Inicio 3 meses

Renovación 12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente ha experimentado un aumento en el número de movimiento intestinal (evacuaciones).

LOTRONEX

Medicamentos

Alosetron Oral Tab 0.5 mg

Alosetron Oral Tab 1 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

No iniciar en pacientes con estreñimiento. Historial de estreñimiento crónico o severo o secuelas por estreñimiento, obstrucción intestinal, estenosis, megacolon tóxico, perforación gastrointestinal y / o adherencias. Colitis isquémica, alteración de la circulación intestinal, tromboflebitis o estado de hipercoagulabilidad. Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Diverticulitis insuficiencia hepática grave. Uso concomitante de fluvoxamina

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Solo médicos inscritos en el programa REMS

Duración de Cubierta

12 semanas

Otros Criterios

Ninguno

HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR

Medicamentos

Fondaparinux Sodium SubQ 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Sangrado importante activo, trombocitopenia.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Neumólogo, Cirujano, Cardiólogo o Especialista en Enfermedades Vasculares Periféricas.

Duración de Cubierta

1. Fondaparinux 5-9 días
 - a. Para profilaxis extender hasta 33 días

Otros Criterios

Fondaparinux: Si el medicamento va a ser utilizado para profilaxis DVT, tratamiento y fallo a terapia con Enoxaparin es requerido.

LUPANETA

Medicamentos

Lupaneta Pack 1-Month, 3-Month

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico. Prueba de embarazo negativa.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ginecólogo

Duración de Cubierta

Limitaciones de Uso: Ciclo de tratamiento inicial se limita a 6 meses. No se recomienda duración de terapia por más de 12 meses como precaución al impacto negativo del medicamento en la densidad mineral ósea.

Otros Criterios

Ninguno

LYNPARZA

Medicamentos

Lynparza Oral Cap 50 mg
Lynparza Oral Tab 100 mg
Lynparza Oral Tab 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe ser cubierto bajo el beneficio de la Parte D.

MATULANE

Medicamentos

Matulane Oral Cap 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

MAVYRET

Medicamentos

Mavyret Oral Tab 100 mg/40 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico
2. Genotipo
3. Estado del tratamiento del paciente (tratamiento con experiencia o sin experiencia). Si el paciente tiene experiencia en el tratamiento, deben ser documentados los medicamentos que utilizó anteriormente.
4. Estatus de Cirrhosis

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista de enfermedades infecciosas.

Duración de Cubierta

8 a 16 semanas

Otros Criterios

Los criterios se aplicaran de acuerdo a las guías actuales de AASLD/IDSA

MEDICAMENTOS B VS D

Medicamentos

- Abelcet intravenous suspension 5 mg/ml
- Acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %
- Acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml
- Adagen intramuscular solution 250 unit/ml
- Albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml
- Aldurazyme intravenous solution 2.9 mg/5ml
- Aliqopa intravenous solution reconstituted 60 mg
- Ambisome intravenous suspension reconstituted 50 mg
- Aminosyn ii intravenous solution 10 %, 8.5 %
- Aminosyn ii/electrolytes intravenous solution 8.5 %
- Aminosyn/electrolytes intravenous solution 7 %, 8.5 %
- Aminosyn-hbc intravenous solution 7 %
- Aminosyn-pf intravenous solution 10 %, 7 %
- Aminosyn-rf intravenous solution 5.2 %
- Amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg
- Ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg
- Ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm
- Ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm
- Aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg
- Azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg
- Azathioprine oral tablet 50 mg
- Azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg
- Bicnu intravenous solution reconstituted 100 mg
- Bivigam intravenous solution 10 gm/100ml
- Bleomycin sulfate injection solution reconstituted 30 unit
- Budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml
- Busulfan intravenous solution 6 mg/ml
- Calcitriol oral solution 1 mcg/ml
- Carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml
- Caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg
- Cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm
- Cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm
- Ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg
- Ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm
- Cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg
- Cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm
- Cisplatin intravenous solution 50 mg/50ml
- Cladribine intravenous solution 10 mg/10ml
- Clinimix/dextrose (2.75/5) intravenous solution 2.75 %
- Clinimix/dextrose (4.25/10) intravenous solution 4.25 %
- Clinimix/dextrose (4.25/20) intravenous solution 4.25 %
- Clinimix/dextrose (4.25/25) intravenous solution 4.25 %
- Clinimix/dextrose (4.25/5) intravenous solution 4.25 %
- Clinimix/dextrose (5/15) intravenous solution 5 %

- Clinimix/dextrose (5/20) intravenous solution 5 %
- Clinimix/dextrose (5/25) intravenous solution 5 %
- Clofarabine intravenous solution 1 mg/ml
- Colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg
- Cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml
- Cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg
- Cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml
- Cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg
- Cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml
- Cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg
- Cytarabine injection solution 20 mg/ml
- Dacarbazine intravenous solution reconstituted 200 mg
- Dactinomycin intravenous solution reconstituted 0.5 mg
- Daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg
- Daunorubicin hcl intravenous injectable 5 mg/ml
- Depo-provera intramuscular suspension 400 mg/ml
- Desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml
- Dexrazoxane intravenous solution reconstituted 250 mg
- Diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml
- Docetaxel intravenous concentrate 80 mg/4ml
- Docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml
- Doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml
- Doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml
- Dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg
- Duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml
- Elitek intravenous solution reconstituted 1.5 mg, 7.5 mg
- Emend intravenous solution reconstituted 150 mg
- Emend oral suspension reconstituted 125 mg
- Engerix-b injection suspension 10 mcg/0.5ml, 20 mcg/ml
- Epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml
- Erythrocin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg
- Etoposide intravenous solution 100 mg/5ml
- Faslodex intramuscular solution 250 mg/5ml
- Fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%
- Fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted 50 mg
- Fluorouracil intravenous solution 5 gm/100ml
- Freamine hbc intravenous solution 6.9 %
- Gamastan s/d intramuscular injectable (10ml), (2ml)
- Gammagard injection solution 2.5 gm/25ml
- Gammagard s/d less iga intravenous solution reconstituted 10 gm, 5 gm
- Gammaplex intravenous solution 10 gm/100ml, 10 gm/200ml, 20 gm/200ml, 5 gm/50ml
- Gamunex-c injection solution 1 gm/10ml
- Ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg
- Gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm
- Gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg
- Gengraf oral solution 100 mg/ml
- Granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml

- Granisetron hcl oral tablet 1 mg
- Heparin (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%, 50-5 unit/ml-%
- Heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml
- Heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml
- Hepatamine intravenous solution 8 %
- Herceptin intravenous solution reconstituted 150 mg, 440 mg
- Hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml
- Idarubicin hcl intravenous solution 10 mg/10ml
- Ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm
- Imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg
- Intralipid intravenous emulsion 20 %, 30 %
- Invanz injection solution reconstituted 1 gm
- Ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %
- Ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml
- Irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml
- Istodax (overfill) intravenous solution reconstituted 10 mg
- Kyprolis intravenous solution reconstituted 30 mg, 60 mg
- Lartruvo intravenous solution 190 mg/19ml, 500 mg/50ml
- Leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 350 mg
- Levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml
- Levocarnitine oral solution 1 gm/10ml
- Lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %
- Lidocaine hcl injection solution 2 %
- Lumizyme intravenous solution reconstituted 50 mg
- Melphalan hcl intravenous solution reconstituted 50 mg
- Meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg
- Mesna intravenous solution 100 mg/ml
- Methotrexate oral tablet 2.5 mg
- Methotrexate sodium (pf) injection solution 250 mg/10ml
- Methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml
- Methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm
- Mitomycin intravenous solution reconstituted 20 mg
- Mitoxantrone hcl intravenous concentrate 25 mg/12.5ml
- Morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml
- Morphine sulfate injection solution 5 mg/ml
- Mustargen injection solution reconstituted 10 mg
- Mycamine intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg
- Mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg
- Mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg
- Mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml
- Mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg
- Mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg
- Mylotarg intravenous solution reconstituted 4.5 mg
- Nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm
- Nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm
- Naglazyme intravenous solution 1 mg/ml
- Nebupent inhalation solution reconstituted 300 mg

- Neoral oral capsule 100 mg, 25 mg
- Neoral oral solution 100 mg/ml
- Nephramine intravenous solution 5.4 %
- Nipent intravenous solution reconstituted 10 mg
- Nutrilipid intravenous emulsion 20 %
- Octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml
- Ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml
- Ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg
- Ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg
- Opdivo intravenous solution 100 mg/10ml, 40 mg/4ml
- Oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml
- Oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg
- Paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml
- Pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 6 mg/ml, 90 mg/10ml
- Paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg
- Pentam injection solution reconstituted 300 mg
- Perforomist inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml
- Premasol intravenous solution 10 %, 6 %
- Privigen intravenous solution 20 gm/200ml
- Procalamine intravenous solution 3 %
- Prograf oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg
- Proleukin intravenous solution reconstituted 22000000 unit
- Prosol intravenous solution 20 %
- Pulmozyme inhalation solution 1 mg/ml
- Rapamune oral solution 1 mg/ml
- Recombivax hb injection suspension 10 mcg/ml, 10 mcg/ml (1ml syringe), 40 mcg/ml, 5 mcg/0.5ml
- Rituxan intravenous solution 100 mg/10ml, 500 mg/50ml
- Sandimmune oral solution 100 mg/ml
- Sandostatin lar depot intramuscular kit 10 mg, 20 mg, 30 mg
- Sensipar oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg
- Sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
- Somatuline depot subcutaneous solution 120 mg/0.5ml, 60 mg/0.2ml, 90 mg/0.3ml
- Tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg
- Teflaro intravenous solution reconstituted 400 mg, 600 mg
- Tenvac intramuscular injectable 5-2 lfu
- Tetanus-diphtheria toxoids td intramuscular suspension 2-2 lf/0.5ml
- Tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml
- Tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml
- Toposar intravenous solution 1 gm/50ml
- Topotecan hcl intravenous solution reconstituted 4 mg
- Tpn electrolytes intravenous solution
- Travasol intravenous solution 10 %
- Treanda intravenous solution reconstituted 100 mg, 25 mg
- Trisenox intravenous solution 12 mg/6ml
- Trophamine intravenous solution 10 %
- Vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 1000 mg, 500 mg
- Vinblastine sulfate intravenous solution 1 mg/ml

- Vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml
- Vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml
- Vinorelbine tartrate intravenous solution 50 mg/5ml
- Vyxeos intravenous suspension reconstituted 44-100 mg
- Yondelis intravenous solution reconstituted 1 mg
- Zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml
- Zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml
- Zortress oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg

Usos Cubiertos

Estos medicamentos podrán ser cubiertos bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias. Para tomar la determinación de cubierta, puede requerirse que se someta información que describa el uso y el escenario de administración.

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

N/A

Otros Criterios

Ninguno

MEPRON

Medicamentos

Atovaquone Oral Susp 750 mg/5 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

METHOXSALEN

Medicamentos

Methoxsalen Oral Cap 10 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Historial de enfermedades sensibles a la luz (lupus eritematoso, porfiria, xeroderma pigmentoso, y albinismo), historial de melanoma, carcinoma de células escamosas invasivas, afakia.

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Dermatólogo, Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo, Reumatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

MODAFINIL

Medicamentos

Modafinil Oral Tab 100 mg, 200 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

- A) somnolencia excesiva asociada con síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) / hipopnea confirmada por evaluación del laboratorio del sueño (por ejemplo, prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía) y documentación de somnolencia excesiva residual O
- B) somnolencia excesiva asociada con Narcolepsia confirmada por la evaluación del laboratorio del sueño (Ej. Prueba de latencia del sueño múltiple, polisomnografía) y el paciente ha intentado y fracasado, es incapaz de tolerar o tiene contraindicaciones a al menos otro estimulante del sistema nervioso central (por ejemplo, metilfenidato, sales mixtas, dextroanfetamina) O
- C) el diagnóstico de somnolencia excesiva asociado con el trastorno del trabajo por turnos confirmado por la evaluación del laboratorio del sueño y la alteración del sueño ha persistido durante al menos tres meses.

Restricción de Edad

17 años de edad o mayor

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

OSA/ Síndrome de hipopnea del sueño – 6 meses (tratamiento inicial), renovación 12 meses. Otros diagnósticos 12 meses.

Otros Criterios

Ninguno

MOZOBIL

Medicamentos

Mozobil Inj. 20mg/ml (24 mg vial)

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazadas. Lactantes.

Información Médica Requerida

Paciente se someterá a un trasplante autólogo de células madre para el tratamiento de linfoma no Hodgkin o mieloma múltiple Y el paciente va a recibir concomitantemente una dosis diaria de un factor estimulante de colonias de granulocitos, G-CSF (según sus siglas en inglés) durante 4 días antes de la primera dosis de la tarde de Mozobil y en cada día antes de la aféresis durante el uso de Mozobil.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

4 días

Otros Criterios

Ninguno

NATPARA

Medicamentos

Natpara Cartridge Inj. 25 mcg
Natpara Cartridge Inj. 50 mcg
Natpara Cartridge Inj. 75 mcg
Natpara Cartridge Inj. 100 mcg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Debido al riesgo potencial de osteosarcoma, se recomienda solo para pacientes que no pueden controlarse bien con suplementos de calcio y formas activas de vitamina D. 2. Pacientes con hipoparatiroidismo causado por mutaciones del receptor sensible al calcio. 3. Pacientes con hipoparatiroidismo postquirúrgico agudo.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de hipocalcemia secundaria a hipoparatiroidismo, 2. La concentración sérica de calcio es mayor a 7.5 mg / dL y las reservas de 25-hidroxivitamina D son suficientes.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

Inicio 3 meses. Continuacion cada 6 meses.

Otros Criterios

No se recomienda el uso concomitante con alendronato. El paciente debe estar inscrito en el programa NATPARA REMS. Bajo este programa, solo los proveedores de atención médica certificados pueden prescribir y solo las farmacias certificadas pueden dispensar Natpara.

NERLYNX

Medicamentos

Nerlynx Oral Tab 40 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico, tratamiento adyuvante prolongado para pacientes adultos con estadio temprano HER2, cáncer de mama sobre-expresado / amplificado para seguir con terapia adyuvante basada en trastuzumab.
2. El paciente esta en profilaxis antidiarreica.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

NEXAVAR

Medicamentos

Nexavar Oral Tab 200 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Combinación con carboplatin y paclitaxel en pacientes con cáncer de pulmón de células escamosas.

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

NINLARO

Medicamentos

Ninlaro Oral Cap 2.3 mg, 3 mg, 4 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico:

1. En combinación con lenalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido al menos un tratamiento previo.
2. Tratamientos previos
3. Protocolo – Utilización con lenalidomida y dexametasona.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

NORTHERA

Medicamentos

Nothera Oral Cap 100 mg, 200 mg, 300 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipotensión ortostática neurogénica (NOH), causada por fallo primario autónomo (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, atrofia de múltiples sistemas, o fallo autonómico puro), la deficiencia de beta-hidroxilasa de dopamina, o neuropatía autonómica no diabética.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

3 meses

Otros Criterios

Ninguno

NUCALA

Medicamentos

Nucala Inj vial 100mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de:
 - a. Asma grave como tratamiento complementario de mantenimiento, con un fenotipo eosinofílico y el afiliado tiene historial de 2 o más exacerbaciones en el año anterior a pesar del uso regular de altas dosis de corticosteroides inhalados más un controlador adicional para el asma (a menos que sea intolerante o contraindicado) O
 - b. Granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (EGPA).
2. CBC diferencial, conteo de eosinófilos de más de 150 células por mcl

Restricción de Edad

Asma 12 años o más. EGPA, 18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, alergista o inmunólogo

Duración de Cubierta

Inicial – 6 meses

Continuación – 12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D. Para la continuación: El paciente ha mejorado en su condición, demostrado por una disminución en el uso de corticosteroides /orales sistémicos.

NUEDEXTA

Medicamentos

Nuedexta 20 mg/10 mg Oral Cap

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurologo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

NULOJIX

Medicamentos

Nulojix Iny. 250 mg/vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

EBV seronegativos o estatus desconocido

Información Médica Requerida

Utilización para la prevención del rechazo de órganos de trasplante de riñón Y el paciente es inmune al virus Epstein-Barr (EBV seropositivos) Y el paciente recibe terapia concurrente con micofenolato y corticosteroides.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Prescriptor tiene experiencia en terapia inmunosupresora y manejo de pacientes trasplantados.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

NUPLAZID

Medicamentos

Nuplazid Oral Tab. 17 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Pacientes ancianos con psicosis relacionada a demencia.

Información Médica Requerida

1.Diagnóstico: Alucinaciones y delirios asociados a la psicosis por enfermedad de parkinson Y el paciente presenta TODO lo siguiente: a. El médico ha intentado ajustar los medicamentos para parkinson con el fin de reducir la psicosis sin empeorar los síntomas motores antes de solicitar Nuplazid. b. “Mini-mental Status Exam”(MMSE) con una puntuación mayor o igual a 21.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Psiquiatra, neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Armodafinil Oral Tab 50mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

A) somnolencia excesiva asociada con síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) / hipopnea confirmada por evaluación del laboratorio del sueño (por ejemplo, prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía) y documentación de somnolencia excesiva residual O

B) somnolencia excesiva asociada con Narcolepsia confirmada por la evaluación del laboratorio del sueño (Ej. Prueba de latencia del sueño múltiple, polisomnografía) y el paciente ha intentado y fracasado, es incapaz de tolerar o tiene contraindicaciones a al menos otro estimulante del sistema nervioso central (por ejemplo, metilfenidato, sales mixtas, dextroanfetamina) O

C) el diagnóstico de somnolencia excesiva asociado con el trastorno del trabajo por turnos confirmado por la evaluación del laboratorio del sueño y la alteración del sueño ha persistido durante al menos tres meses.

Restricción de Edad

17 años o más.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

Síndrome de OSA / hipopnea - 6 meses (iniciales), 12 meses (renovación). Otros diagnósticos - 12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ODOMZO

Medicamento

Odomzo 200 mg Oral Cap.

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Carcinoma de células basales localmente avanzado (BCC) recurrente después de cirugía o radioterapia, o aquellos pacientes que no son candidatos a cirugía o radioterapia.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamento

Osev Oral Cap 100mg

Osev Oral Cap 150mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de la fibrosis pulmonar idiopática confirmada por una tomografía computarizada de alta resolución o biopsia Y
2. Paciente no tiene evidencia o sospecha de diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial alterna Y
3. Pruebas de función hepática han sido realizadas antes del inicio de la terapia Y
4. Paciente tiene una capacidad vital forzada (FVC) mayor o igual a 50% de lo predicho.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación del tratamiento, paciente estabilizado o muestra una disminución de menos del 10 por ciento en la fuerza de la capacidad vital y no ha experimentado elevaciones de AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o superior a 3 veces el límite superior de lo normal con signos o síntomas de daño hepático grave.

OPSUMIT

Medicamento

Opsumit 10 mg Oral Tab.

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar según la definición de grupo de la OMS 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Prueba de embarazo en mujeres de potencial reproductivo antes de la iniciación.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, Cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para pacientes féminas se requiere participación en Programa REMS.

ORFADIN

Medicamentos

Orfadin Oral Cap 10 mg, 2 mg, 5 mg, 20 mg

Orfadin Oral Susp. 4mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Peso

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Nefrólogo, gastroenterólogo, hematólogo, genetista, endocrinólogo o especialista en metabolismo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Orkambi Oral Tab 200 mg/125 mg

Orkambi Oral Tab 100 mg/125 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de fibrosis quística Y paciente homocigótico para la mutación F508 del el gen CFTR, documentado por una prueba de mutación de fibrosis quística aprobada por la FDA. Valor FEV1.

Restricción de Edad

6 años o mayor

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

Inicio 6 meses. Renovación 6 meses

Otros Criterios

Para renovación de tratamiento, el paciente se ha experimentado beneficiado de la terapia (es decir, mejora en la función pulmonar [FEV1], disminución del número de exacerbaciones pulmonares)

OTEZLA

Medicamentos

Otezla 30 mg Oral Tab, Otezla 28- Day Starter Pack

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de artritis psoriática activa. Historia del fracaso, contraindicación, o intolerancia a Humira.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Reumatólogo, dermatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para renovación de terapia, documentación de la respuesta clínica positiva.

OTROS MEDICAMENTOS RESPIRATORIOS

Medicamentos

Zemaira Inj. Sol. 50 mg/ml

Prolastin Inj Sol. 50 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Aralast- pacientes con enfermedad pulmonar en los que no se ha establecido una deficiencia congénita de alfa 1 -PI. Pacientes deficientes en inmunoglobulina A (IgA) con anticuerpos contra IgA, en los cuales la deficiencia congénita de alpha 1-PI no ha sido establecida.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

OXYMETHOLONE

Medicamentos

Relistor Inj Vial 12/0.6 ml

Relistor Prefilled Syringe 12/0.6 ml

Relistor Prefilled Syringe 8/0.4 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Conocimiento o sospecha de obstrucción gastrointestinal y pacientes en mayor riesgo de obstrucción recurrente, puede producirse una perforación gastrointestinal.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de estreñimiento inducido por el uso de opioides. El paciente debe haber tratado y fallado al uso de un laxante en los últimos 90 días.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Oncólogo, Hematólogo ó Especialista de manejo de dolor

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

PANRETIN

Medicamentos

Panretin Externo 0.1 %

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Pegasys Inj.Sol. 0.18mg/ml

Pegasys Prefilled Syringe 0.36 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Hepatitis autoinmune. Descompensación hepática en pacientes con cirrosis.

Información Médica Requerida

Diagnóstico, uno de los siguientes: Diagnóstico de hepatitis HCV genotipo: G3, G4, G5 o G6, paciente nuevo en terapia: Terapia basada en el peso del paciente con Sofosbuvir y RBV en adición a PEG-IFN por 12 semanas. 2. Diagnóstico de hepatitis HCV genotipo: G3, G4, G5 o G6 re-tratamiento: Terapia basada en el peso del paciente con Sofosbuvir y RBV en adición a PEG-IFN por 12 semanas O. 3. Hepatitis B crónica.

Restricción de Edad

VHC: 18 años de edad o mayores si la terapia es triple (Pegasys+Sovaldi+RBV). Otros, de 5 años de edad o mayores.

Restricción de Médico

Médico especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo, hepatólogo, o un médico de trasplante

Duración de Cubierta

Los criterios se aplicarán de acuerdo a las guías actuales de la AASLD-IDSA.

Otros Criterios

Para la renovación del VHC, la aprobación se basa en los requisitos señalados en el inserto aprobado por la FDA, incluyendo la carga viral, presencia de cirrosis, y la respuesta a tratamiento previo.

INHIBIDORES DE FOSFODIESTERASA-5 PARA PAH

Medicamentos

Revatio Oral Suspension 10 mg / ml

Sildenafil Oral Tab 20 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Uso para disfunción eréctil
2. Pacientes que utilizan nitratos

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar según la definición de grupo de la OMS 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho.

Restricción de Edad

18 años de edad o más

Restricción de Médico

Neumólogo, Cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

PRADAXA

Medicamentos

Pradaxa Oral Cap 75 mg, 110mg, 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Prótesis de válvula cardíaca mecánica, Hemorragia patológica activa

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Autorizar el uso de Pradaxa si el paciente ha tratado y fallado a warfarin

PREVYMIS

Medicamentos

Prevymis Oral Tab 240 mg

Prevymis Oral Tab 480 mg

Prevymis Inj. Vial 240 mg/12 ml (20 mg/ml)

Prevymis Inj. Vial 480mg/ 24 ml (20 mg/ml)

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Paciente recibe uso concomitante con: Orap (pimozida) O alcaloides ergóticos, pacientes que reciben uso concomitante con Livalo (pitavastatin) O Zocor (simvastatin) cuando se coadministran con ciclosporina.

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Infección por citomegalovirus (CMV), profilaxis y enfermedad en adultos receptores seropositivos al CMV [R+] de un trasplante de células madre hematopoyéticas alogénicas (HSCT)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Inyección: Sujeto a determinación B vs D y el paciente no puede recibir terapia oral.

PROLIA

Medicamentos

Prolia Inj 60 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Paciente esta en alto riesgo de fractura definido como uno de los siguientes: Historial personal de fracturas de bajo trauma como adulto, Antecedentes de fractura osteoporótica en un familiar de primer grado, uso simultáneo de corticosteroides sistémicos (dosis media de más de 5 mg de prednisona por día), tabaquismo concurrente, bajo peso corporal inferior a 127 libras, baja densidad mineral ósea (T-score de -2.5 o menor) Y diagnóstico de uno de los siguientes: El paciente es una mujer y está recibiendo terapia adyuvante de inhibidores de la aromatasas para cáncer de mama ó El paciente es un varón y está recibiendo terapia de privación de andrógenos para cáncer de próstata no metastásico ó el paciente es un hombre o mujer con osteoporosis inducida por glucocorticoides en alto riesgo de fractura ó, El paciente es un varón o mujer posmenopáusica con un diagnóstico de osteoporosis Y el paciente tiene historial y fallo documentado de uso con un bisfosfonato (fracaso se define como nuevas fracturas en pacientes cumplidores) O contraindicación o intolerancia a la terapia con bifosfonatos o no puede cumplir con las recomendaciones de administración apropiadas para la terapia con bifosfonatos oral o inyectable Y la hipocalcemia preexistente y deficiencia de vitamina D será corregida antes de la administración de la medicación.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Reumatólogo

Ginecólogo

Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

PROMACTA

Medicamentos

Promacta Oral Tab 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D. Trombocitopenia debido a cirrosis relacionada al virus de hepatitis C (VHC).

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de:

- 1) trombocitopenia crónica inmune (idiopática) que ha tenido respuesta insuficiente a los corticosteroides, inmunoglobulinas o esplenectomía O
- 2) Trombocitopenia en pacientes con hepatitis C crónica para permitir el inicio y mantenimiento de la terapia basada en interferón O
- 3) Anemia aplásica severa que ha tenido respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora

Restricción de Edad

6 años o más.

Restricción de Médico

Tratamiento de la trombocitopenia debida a trombocitopenia púrpura inmunológica idiopática (ITP), aprobar si se prescribe por, o después de consultar con un hematólogo. Para el tratamiento trombocitopenia por cirrosis relacionada con el VHC, aprobar si es prescrito por un hematólogo, gastroenterólogo, hepatólogo o un médico que se especializa en enfermedades infecciosas, o después de consultarlo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para el tratamiento de trombocitopenia debida a la cirrosis relacionada con el VHC, aprobar para permitir el inicio de la terapia antiviral.

QUETIAPINE

Medicamentos

Quetiapine Fumarate Oral Tab 25 mg, 50 mg
Quetiapine XR 50mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Psicosis relacionada con demencia

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la esquizofrenia, trastorno bipolar ó episodios depresivos

Restricción de Edad

10 años o más

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Quetiapine ER: hay documentado prueba y fracaso de quetiapina de acción inmediata. Para evidenciar uso previo, el medico deberá proporcionar documentación del historial médico o de las reclamaciones de farmacia procesadas a través de otro beneficio, para cumplir con la evidencia de utilización anterior. Los pacientes ancianos con psicosis relacionada con demencia tratados con fármacos antipsicóticos tienen un mayor riesgo de muerte. Hay un mayor riesgo de pensamientos y conductas suicidas en niños, adolescentes y adultos jóvenes que toman antidepresivos. Monitorear pacientes.

RADICAVA

Medicamentos

Radicava Inj. 30 mg/100 ml vial

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de esclerosis lateral amiotrofica (ELA) según los criterios revisados de El Escorial , Y debe cumplir con todo lo siguiente:

1. El tiempo de duración de ALS es de 2 años o menos
2. La funcionalidad retuvo la mayoría de las actividades de la vida diaria (definidas con puntuación de 2 puntos o masen cada ítem individual de la Escala de Calificacion Funcional ALS Revisada (ALSFRS-R),
3. Funcion respiratoria normal, capacidad vital forzada es igual o mayor de 80 %.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neurologo

Duración de Cubierta

Inicio: 6 meses, Renovacion: 1 año

Otros Criterios

Sujeto a revisión de BvD. Para continuación, se debe confirmar si el paciente tolera el tratamiento y no ha experimentado una progresión rápida de la enfermedad mientras está en tratamiento y tiene estabilización de la enfermedad o mejora de la enfermedad (como la estabilización de la capacidad funcional y el mantenimiento de las actividades de la vida diaria).

RANEXA

Medicamentos

Ranexa Oral Tab Extended Release 12 HR 500 mg & 1000 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Uso concurrente de inductores de CYP3A e inhibidores fuertes de CYP3A. Cirrosis hepática.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Cardiólogo o profesional de la medicina interna.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

RAVICTI

Medicamentos

Ravicti Oral Sol. 1100 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico: para uso como agente de unión a nitrógeno para el tratamiento crónico de los trastornos del ciclo de la urea (UCD).

Restricción de Edad

2 meses o mayor

Restricción de Médico

Especialista en el trastorno del ciclo de la urea (UCD)

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

REGRANEX

Medicamentos

Regranex 0.01 % External

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Prevención de úlceras/heridas
2. Tratamiento de primera línea en úlceras/heridas en etapa II. Cuidados estándares de úlceras/heridas, deben ser primera línea de tratamiento.
3. Tratamiento para heridas/úlceras en etapa I.
4. Neoplásia en el lugar de aplicación

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Gel de blecapermina al 0.01% debe ser utilizado como terapia complementaria, y no como un sustituto al buen cuidado de úlceras/heridas, incluyendo debridamiento, alivio de presión y control de infección.

REMICADE

Medicamentos

Remicade Inj. 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D, spondyloartritis axial, Síndrome de Behçets, granulomatosis con polyangitis, hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, pyoderma gangrenoso, sarcoidosis, Takayasu's arteritis, uveítis.

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para la enfermedad de Crohn activa de moderada a severa (nuevos comienzos solamente): 1) Paciente con enfermedad fistulizante, O 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a un inhibidor del factor de necrosis tumoral autoinyectable (TNF) (por ejemplo, adalimumab). Para la colitis ulcerativa activa moderada a severamente (nuevas inicios solamente): 1) Respuesta inadecuada a al menos una terapia convencional (por ejemplo, corticosteroides, sulfasalazina, azatioprina, mesalamina), OR 2) Intolerancia o contraindicación a la terapia convencional. Para la artritis reumatoide activa de moderada a severa (nuevas inicios solamente): 1) Se utilizará en combinación con metotrexato (MTX) o leflunomida O el paciente tiene intolerancia o contraindicación al MTX o leflunomida, Y 2) Respuesta inadecuada o intolerancia a un fármaco autoinyectable Inhibidor de TNF (por ejemplo, adalimumab) o un fármaco antirreumático modificador de enfermedad sintético dirigido (DMARD) (por ejemplo, tofacitinib). Para la espondilitis anquilosante activa y la espondiloartritis axial (nuevas inicios solamente): Respuesta inadecuada a un ensayo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) a dosis máxima recomendada o tolerada OR intolerancia o contraindicación a los AINE. Para la psoriasis crónica en placas de moderada a severa (nuevas inicios solamente): 1) Al menos el 5% de la superficie corporal (BSA) se ve afectada o afectan áreas vitales del cuerpo (por ejemplo, los pies, las manos, la cara, el cuello, la ingle y las áreas intertriginosas) en el momento del diagnóstico, y 2) respuesta inadecuada o intolerancia a un inhibidor de TNF autoinyectable (p. ej., adalimumab). Para la artritis idiopática juvenil (nuevas inicios solamente): respuesta inadecuada o intolerancia a un inhibidor de TNF autoinyectable (por ejemplo, adalimumab). Para la hidradenitis supurativa: el paciente tiene una enfermedad severa y refractaria. Para la uveítis: El paciente ha experimentado una respuesta o intolerancia inadecuada o tiene una contraindicación para un ensayo de terapia inmunosupresora de uveítis (por ejemplo, metotrexato, azatioprina)

Restricción de Edad

6 años o mayor

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

REMODULIN

Medicamentos

Remodulin Inj Soln 1 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml, 10 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para la indicación aprobada por la FDA de la hipertensión arterial pulmonar (PAH, por sus siglas en inglés), pacientes que actualmente no están en tratamiento con Remodulin deben haber tenido cateterización del corazón-lado derecho para confirmar el diagnóstico y garantizar una evaluación médica apropiada. Para la indicación aprobada por la FDA de hipertensión arterial pulmonar, los pacientes que reciben Remodulin pueden continuar la terapia si tienen un diagnóstico de la PAH.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar, Remodulin debe ser recetado por o en consulta con un cardiólogo o Neumólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

REPATHA

Medicamentos

Rapatha Prefilled Syringe 140 mg/ml

Rapatha Autoinjector 140 mg/ml

Repatha Cartridge 120 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Monoterapia

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico 1) Hipercolesterolemia familiar - homocigota Y tiene una reclamación concurrente para otra terapia reductora de lípidos (estatinas o ezetimiba). 2) Hipercolesterolemia familiar heterocigótica primaria Y tiene una reclamación concurrente para estatinas máxima tolerada (rosuvastatina o atorvastatina). 3) Hipercolesterolemia primaria, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, Y tiene una reclamación concurrente para estatina (rosuvastatina o atorvastatina), y el paciente tiene por lo menos 90 días consecutivos de dosis máxima tolerada de atorvastatina o rosuvastatina y 90 días consecutivos de terapia con ezetimibe En los últimos 180 días. Intolerancia a estatina: documentación en expediente medico con uno de los siguientes: 1) Síntomas musculares intolerables y persistentes (es decir, más de 2 semanas) (por ejemplo, dolor muscular, debilidad, calambres) con TODOS los siguientes: a. El paciente ha tomado al menos UNA estatina de alta intensidad en combinación con Zetia (ezetimibe) y UNA estatina de intensidad baja a moderada en combinación con Zetia (ezetimibe): con reaparición documentada de los síntomas musculares b. La documentación proporcionó niveles de creatinina quinasa (CK) superiores a 10 veces el límite superior normal y / o rabdomiólisis con niveles de CK superiores a 10.000 UI / L). 2) Hepatotoxicidad intolerable y persistente con TODOS los siguientes: a. Documentación que indica elevaciones persistentes (> 3 veces el límite superior de la normalidad que ocurre en 2 ocasiones más) de las transaminasas séricas o la presencia de ictericia. b. Se han descartado causas secundarias de elevaciones en los niveles de transaminasas hepáticas (por ejemplo, infección, medicamentos, suplementos de hierbas). 2. LDL.

Restricción de Edad

13 años o mayor

Restricción de Médico

Cardiólogo, endocrinólogo

Duración de Cubierta

Tratamiento inicial – 3 meses

Continuación – 6 meses

Otros Criterios

Para continuación de terapia. El paciente tiene que mostrar respuesta clínica con la disminución de LDL-C desde el inicio de la terapia de inhibidores de PCSK9.

RESTASIS

Medicamentos

Restasis Ophthalmic Emulsion 0.05%

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de keratoconjuntivitis Sicca (KCS)

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Oftalmólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

REVLIMID

Medicamentos

Revlimid Oral Cap 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo. Tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC)

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Mieloma múltiple (MM), en combinación con dexametasona. 2. MM, como mantenimiento tras el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (auto-HSCT). 3. Anemia dependiente de transfusión debida a síndromes mielodisplásicos de riesgo bajo o intermedio 1 (SMD) asociados con una anomalía de delección 5q con o sin anomalías citogenéticas adicionales. 4. Linfoma de células del manto (MCL) cuya enfermedad ha re aparecido o progresado después de dos terapias anteriores, una de las cuales incluyó bortezomib.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Revlimid REMS

RIBAVIRIN

Medicamentos

Ribavirin Oral Cap. 200 mg
Ribavirin Oral Tab 200 mg
Ribasphere Oral Cap. 200 mg
Ribasphere Oral Tab 200 mg, 400 mg, 600 mg
Moderiba Oral Tab 200 mg
Rebetol Oral Solution 40 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

La coadministración con didanosina, hemoglobinopatía, embarazo, pancreatitis, CrCL menos de 50 ml/min.

Información Médica Requerida

Debe ser utilizado en combinación y no como monoterapia. Para continuación del tratamiento: CBC, prueba de embarazo negativa antes de comenzar el tratamiento en pacientes féminas con riesgo de quedar embarazadas.

Restricción de Edad

3 años de edad o mayor

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Médico especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Riluzole Oral Tab 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

RUBRACA

Medicamentos

Rubraca Oral Tab 200 mg, 250 mg, 300 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Indicado para el tratamiento de alguno de los siguientes:
 - a. Tratamiento de mantenimiento en paciente adulto con cáncer de ovario epitelial recurrente, cáncer de trompa de falopio, o cáncer peritoneal primario que responde total o parcialmente a tratamiento de quimioterapia basada en platino O
 - b. Pacientes adultos con cáncer de ovario epitelial con la mutación de BRCA nociva (Línea germinal y/o somática, detectada por una prueba de laboratorio aprobada por la FDA), cáncer de la trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario asociado y que han sido tratados con 2 o más quimioterapias.
2. Mujeres con potencial reproductivo: Uso de métodos anticonceptivos efectivos durante la terapia.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe ser cubierto por la Parte D.

RYDAPT

Medicamentos

Rydapt Oral Cap. 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

1. Leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada (LMA) que es positiva a la mutación FLT3, según detectada en una prueba aprobada por la FDA, en combinación de inducción estándar con citarabina y daunorrubicina y consolidación de citarabina, OR
2. Mastocitosis sistémica agresiva (ASM), con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN) o leucemia de mastocitos (MCL).

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe estar cubierto por el beneficio de la Parte D. RYDAPT no está indicado como terapia de inducción como solo agente para el tratamiento de pacientes con LMA.

SABRIL

Medicamentos

Sabril Oral Tab 500 mg

Vigabatrin Oral Sol.Pack 500 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

SAVELLA

Medicamentos

Savella Oral Tab 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg
Savella 4 Week Titration Pack

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

El uso concomitante con inhibidores MAO

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

SEREVENT

Medicamentos

Serevent Diskus Aerosol Powder 50 mcg/dose

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

4 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debido a los riesgos, el uso de Serevent Diskus está contraindicado para tratar asma sin el uso concurrente de medicamentos de control de asma de larga duración, tales como corticosteroides inhalados. El uso de Serevent Diskus sólo es una terapia adicional para pacientes con asma quienes están actualmente utilizando medicamentos de larga duración para tratar el asma, como corticosteroides inhalados, pero que están inadecuadamente controlados. No usar Serevent Diskus para pacientes cuya asma es adecuadamente controlada con dosis bajas o medianas de corticosteroides inhalados.

SIGNIFOR

Medicamentos

Signifor Inj. Sol. 0.3 mg / ml, 0.6 mg / ml, 0.9 mg / ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de Enfermedad de Cushing (pituitaria) y la cirugía pituitaria no es una opción o no ha sido curativo.
2. El nivel base de orina de 24 horas de cortisol libre es igual o superior a 1.5 veces el límite superior de la normalidad.
3. Fallo de al menos un agente antes de utilizarse en el tratamiento de la enfermedad de Cushing (ketoconazol, mitotano, o metirapona) o contraindicación a todos los agentes.

Restricción de Edad

18 años de edad

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación de terapia: El nivel de cortisol libre en orina de 24 horas es inferior a 1.5 veces el límite superior de la normal y la reducción en el nivel de cortisol libre en orina de 24 horas es clínicamente significativa y paciente tolera el tratamiento.

SIGNIFOR LAR

Medicamentos

Signifor Lar Inj. Susp 20 mg, 40 mg, 60 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Paciente tiene diagnóstico de acromegalia y ha tenido una respuesta inadecuada a cirugía o no es un candidato para la cirugía.

Restricción de Edad

18 años de edad

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

3 meses inicial.12 meses renovación

Otros Criterios

Para renovación, el nivel de la hormona del crecimiento o el factor de crecimiento similar a la insulina 1 nivel (IGF-1) para la edad y el género, se ha normalizado o mejorado.

SIRTURO

Medicamentos

Sirturo Oral Tab 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, en combinación con al menos otros 3 agentes. Monitorear el ECG y la función hepática antes de iniciar el tratamiento.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Especialista en enfermedades Infecciosas o especialista TB.

Duración de Cubierta

24 semanas

Otros Criterios

No se recomienda, Fumarato de Bedaquiline para el tratamiento de la tuberculosis sensible a medicamentos, infección latente por Mycobacterium tuberculosis, tuberculosis extrapulmonar (por ejemplo, CNS), o para el tratamiento de infecciones por micobacterias no tuberculosas.

SIVEXTRO

Medicamentos

Sivextro Oral Tab 200 mg

Sivextro Inj Sol 50 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Cultivo

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

1. Médico especialista en enfermedades infecciosas
2. Dermatólogo
3. Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

6 días

Otros Criterios

Para continuación de terapia:

- 1) Aprobar si el paciente comenzó el tratamiento en hospital u otra facilidad como paciente encamado o como paciente ambulatorio en Sivextro (IV) intravenoso y va a ser cambiado a Sivextro oral.
- 2) Aprobar si el paciente comenzó en hospital u otra facilidad como paciente encamado en Sivextro oral. Esto no incluye a pacientes que han comenzado Sivextro oral de forma ambulatoria a menos que cumplan con alguna de las excepciones mencionadas.
- 3) Sivextro Oral, paciente comenzó en hospital u otra facilidad como paciente encamado o como paciente ambulatorio en vancomicina (IV) intravenosa.
- 4) Sivextro IV, paciente debe tener dificultad para tragar Sivextro oral, si comenzó vancomicina en el hospital, se recomienda continuar terapia con vancomicina al momento de alta.
- 5) Sujeto a revisión B vs D.

SOMAVERT

Medicamentos

Somavert SubQ Sol 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Pacientes con respuesta inadecuada a cirugía y/o radioterapia y/u otras terapias médicas, o para quienes estas terapias no sean apropiadas. La meta del tratamiento es normalizar niveles de factor de crecimiento insulinoide tipo 1 (IGF-I, por sus siglas en inglés).

SOVALDI

Medicamentos

Sovaldi Oral Tab 400 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico y Genotipo. Para Carcinoma Hepatocelular, debe cumplir con criterios de Milan para el trasplante de hígado (ej. Un solo nódulo HCC con un tamaño máximo de 5 cm o hasta 3 nódulos de los cuales el mayor no exceda los 3 cm y no hay invasión macrovascular).

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en enfermedades infecciosas

Duración de Cubierta

12 a 48 semanas dependiendo de régimen y tratamiento, estatus del trasplante de hígado y descompensación.

Otros Criterios

El criterio será aplicado consistentes con las guías actuales de AASLD/IDSA

SPRYCEL

Medicamentos

Sprycel Oral Tab 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones médicamente aceptadas que no sean excluidas por Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico para el cual Sprycel está siendo utilizado. Para indicación de CML y ALL, se debe reportar resultado de cromosoma Filadelfia (Ph) y estado de la leucemia. Pacientes nuevos con CML y ALL el cual es Ph-positivo puede recibir la autorización para Sprycel.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para CML: paciente nuevo debe tener CML Ph positivo para la aprobación de Sprycel

Para ALL: paciente nuevo debe tener resultado de Ph positivo para la aprobación de Sprycel

STIOLTO

Medicamentos

Stiolto Metered Dose Inh.

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

SUTENT

Medicamentos

Sutent Oral Cap 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

SYLATRON

Medicamentos

Sylatron SubQ 0.2 mg, 0.3 mg, 0.6 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Daño hepático grave, hepatitis autoinmune

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo, Gastroenterólogo, o médico especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Symlin Pen 60 , 1.5 ml

Symlin Pen 120, 2.7 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Gastropareses Confirmada

Información Médica Requerida

A1C

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Aprobar si el paciente cumple con todos los siguientes criterios: actualmente tiene insulina durante la comida, tiene una HbA1c menor ó = 9%, no ha logrado un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre a pesar del tratamiento individualizado de su terapia con insulina.

SYNAGIS

Medicamentos

Synagis IM Sol. 50 mg/ 0.5 ml

Synagis IM Sol. 100 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Cubierta de Synagis (palivizumab) requerirá la documentación de enfermedad pulmonar crónica, premadurez, la inmunodeficiencia o enfermedad cardíaca congénita. Durante la temporada del RSV (Respiratory syncytial virus).

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

5 meses

Otros Criterios

El comienzo de la temporada de RSV se define como 1 de noviembre. La primera dosis debe administrarse después del 15 de octubre y la última dosis antes del 31 de marzo. Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

SYNAREL

Medicamentos

Synarel Nasal Sol 2 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo, lactancia, sangrado vaginal anormal

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ginecólogo, Endocrinólogo

Duración de Cubierta

6 meses

Otros Criterios

Ninguno

SYNERCID

Medicamentos

Synercid Iny. (150 mg/350 mg)/10 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Especialista en enfermedades infecciosas

Duración de Cubierta

6 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

TAGRISSE

Medicamentos

Tagrisso Oral Tab 40 mg, 80 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para ser utilizado en una de las siguientes indicaciones: 1. el tratamiento de primera línea de pacientes con NSCLC metastásico cuyos tumores tienen factor de crecimiento epidérmico receptor (EGFR) exón 19, suprimido o mutaciones de exón 21 L858R, detectada por una prueba aprobada por la FDA. 2. tratamiento de pacientes con NSCLC metastásico con mutación-positiva T790M EGFR, según detectado por una prueba aprobada por la FDA, cuya enfermedad ha progresado en o después de la terapia de EGFR TKI (Afatinib (Giotrif), Axitinib (Inlyta), Bosutinib (Bosulif), Crizotinib (Xalkori), Dasatinib (Sprycel), Erlotinib (Tarceva), Gefitinib (Iressa), Imatinib (Glivec), Lapatinib (Tyverb), Nilotinib (Tasigna), Pazopanib (Votrient), Regorafenib (Stivarga), Sorafenib (Nexavar), Sunitinib (Sutent)).

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ARCEVA

Medicamentos

Tarceva Oral Tab 25 mg, 100 mg, 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Tratamiento: 1. Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC) cuyos tumores tienen delecciones del exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución del exón 21 (L858R) detectadas por una prueba aprobada por la FDA, que recibe tratamiento de primera línea, O tratamiento de segunda o mayor línea después de la progresión después de al menos un régimen de quimioterapia previo. O 2. Tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado, no resecable o metastásico, en combinación con gemcitabina.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

TARGRETIN

Medicamentos

Targretin Topical Gel 0.01 mg

Bexarotene Oral Cap 75 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (CTCL) y el paciente no es un candidato para o ha tenido una respuesta inadecuada, es intolerante a, o tiene una contraindicación a al menos una terapia sistémica previa (por ejemplo, corticosteroides) para manifestaciones cutáneas de CTCL.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Pacientes mujeres de edad fértil tienen prueba documentado de embarazo negativa de una semana antes del inicio de la terapia. Para la renovación, el paciente no ha tenido progresión de la enfermedad durante el tratamiento y los pacientes de edad fértil que no está embarazada y se continúa utilizando medidas adecuadas de control de la natalidad durante el tratamiento.

TASIGNA

Medicamentos

Tasigna Oral Cap 50 mg, 150 mg, 200 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones médicamente aceptadas que no sean excluidas por Parte D

Criterios de Exclusión

Hyokalemia, hipomagnesemia, síndrome de QT largo

Información Médica Requerida

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Pacientes adultos y pediátricos mayores o iguales a 1 año nuevos diagnosticados con leucemia mieloide crónica positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph + LMC) en fase crónica O
2. Pacientes adultos con fase crónica (CP) y fase acelerada (AP) Ph +, resistente o intolerante a tratamiento previo que incluía imatinib O,
3. Pacientes pediátricos mayores o iguales a 1 año de edad, Ph + CML-CP resistente o intolerante al tratamiento previo con un inhibidor de tirosina-quinasa (TKI).

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para CML, paciente nuevo debe tener CML Ph positivo para la aprobación de Tasigna.

TAZORAC

Medicamentos

Tazorac External 0.05 %, 0.1 %

Tazarotene External 0.1%

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Diagnóstico del acné vulgar y el paciente ha estado en un tratamiento adecuado (por lo menos dos semanas) con al menos otro producto tópico del acné (por ejemplo, peróxido de benzoilo, ácido salicílico, clindamicina, eritromicina, adapaleno, ácido azelaico, y / o tretinoína) o diagnóstico de estable moderada a severa psoriasis en placas y 20% o menos de área de superficie corporal y el paciente tiene una contraindicación o ha estado en tratamiento adecuado (por lo menos 2 semanas) con al menos otro producto para la psoriasis tópica (corticosteroides de alta potencia y / o análogos de la vitamina D) y las mujeres de edad fértil están usando medidas adecuadas de control de la natalidad durante el tratamiento.

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguna

TECENTRIQ

Medicamentos

Tecentriq Inj. 60 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de:

1. Carcinoma urotelial localmente avanzado o metastizado en pacientes que:
 - a. No son elegibles a recibir quimioterapias que contengan platino ó
 - b. Tienen progresión de la enfermedad durante o después de cualquier quimioterapia que contenga platino O dentro de los 12 meses de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante O
2. Cancer metastasico de pulmón de células no pequeñas en pacientes que han tenido progresión de la enfermedad durante o después de recibir quimioterapia que contenga platino. Los pacientes con aberraciones tumorales genómicas de EGFR o ALK deben tener progresión de la enfermedad en la terapia aprobada por la FDA para estas aberraciones antes de recibir tratamiento con TECENTRIQ.

Restricción de Edad

18 years or older

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revision B vs D.

THALOMID

Medicamentos

Thalomid Oral Cap 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo.

Información Médica Requerida

Prueba de embarazo 1) 10-14 días antes de la iniciación de tratamiento, 2) 24 horas antes de la iniciación de tratamiento.

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Solo está disponible a través de un programa de distribución restringida, THALOMID REMS.

INMUNOMODULADORES TOPICOS

Medicamentos

Lidocaine HCl Topical Sol 40 mg/ml
Lidocaine Topical Cream 25-25 mg/ml
Lidocaine HCl Topical Gel 0.02 mg
Lidocaine Topical Ointment 0.05 mg
Tacrolimus Ointment 0.001 mg
Tacrolimus Ointment 0.0003 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

3 meses. Si el paciente requiere despachos adicionales, se volvera a re-evaluar el caso.

Otros Criterios

Para tacrolimus, historial previo de al menos DOS corticosteroides tópicos genéricos dentro de los últimos 180 días. Aquellos pacientes sin historial previo de medicamentos en las reclamaciones, su médico deberá proporcionar documentación de su record medico reclamaciones de farmacia procesadas a traves de otro beneficio para cumplir con la utilizacion previa.

TESTOSTERONAS TOPICAS

Medicamentos

Testosterone Topical Gel

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

No está cubierto para el tratamiento de la disfunción sexual. Hombres con carcinoma de mama o carcinoma de próstata conocido o sospechado.

Información Médica Requerida

1. La solicitud es para la continuación de la terapia de testosterona y la droga solicitada se prescribe para el hipogonadismo en un paciente varón o un paciente que se identifica como hombre que tenía un nivel confirmado de testosterona baja de acuerdo a las guías de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio masculinos estándar antes de iniciar la terapia con testosterona O 2. La solicitud no es para la continuación de la terapia de la testosterona y el medicamento solicitado está siendo prescrito para el hipogonadismo en un paciente masculino o un paciente que se identifica como hombre que tiene al menos dos niveles confirmados de testosterona baja de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia estándar .

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguna

TRELEGY

Medicamentos

Trelegy Ellipta Inh. 100 mcg/62.5 mcg/25 mcg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnostico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD). Tambien está indicado para reducir las exacerbaciones de COPD en pacientes con antecedentes de exacerbaciones.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

TRETINOIN

Medicamentos

Adapalene Topical Cream
Adapalene Topical Gel
Avita Topical Cream
Avita Topical Gel
Tretinoin Topical Cream
Tretinoin Topical Gel

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Manchas en la piel
2. Estrías
3. Cicatrices por acné
4. Elastosis solar
5. Arrugas de la piel
6. Lengua geográfica
7. Queratosis seborreica
8. Foliculitis
9. Dermatitis
10. Nevi displásica
11. Melasma/colasma Alopecia androgénica
12. Alopecia areata
13. Envejecimiento prematuro y tratamiento por foto envejecimiento y/o fotodaño de la piel (Ej. lentigos, aspereza de la piel, hiperpigmentación moteada o manchas de la piel)
14. Hiperpigmentación (post-inflamatoria) causada por foliculitis, acné y/o eczema
15. Papilomatosis confluyente y reticulada
16. Enfermedad de Dowling-Degos: Reporte de una serie de casos, demostró ineffectividad del tretinoin tópico en estos casos
17. Milio. Solo un reporte de casos demostró efectividad del tretinoin en el tratamiento de milios.
18. Necrobiosis lipoidica diabetorum
19. Colagenosis perforativa
20. Soriasis
21. Esclerosis sistémica
22. Queratosis pilaris
23. Hiperplasia sebácea
24. Quiste sebáceo
25. Cáncer de la piel (melanoma, carcinoma celular basal)

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

TYGACIL

Medicamentos

Tigecycline Inj. Soln 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Especialista en Enfermedades Infecciosas, Dermatólogo, Neumólogo, Gastroenterólogo

Duración de Cubierta

14 días

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

TYKERB

Medicamentos

Tykerb Oral Tab 250 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones médicamente aceptadas que no sean excluidas por Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Tratamiento en combinación con: 1. Capecitabina, para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama avanzado o metastásico cuyos tumores sobre expresan el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y que han recibido tratamiento previo incluyendo una antraciclina, un taxano y trastuzumab. O 2. Letrozole para el tratamiento de mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama metastásico positivo al receptor de hormonas que sobre expresa al receptor HER2 para el que está indicada la terapia hormonal.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para el cáncer de seno, paciente nuevo debe tener HER2-positivo en cáncer de mama para la aprobación de Tykerb.

Medicamentos

Tysabri Iny. Sol. 300 mg/ 15 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Historial de leucoencefalopatía multifocal progresiva. No aprobado en combinación con otros medicamentos para el tratamiento de la esclerosis múltiple progresiva (Betaseron, Avonex, Rebif o Copaxone) o cuando se utiliza junto con otros medicamentos (corticoides, 5-aminosalicilatos, 6-mercaptopurina y / o azatioprina, metotrexato o Humira)

Información Médica Requerida

Diagnóstico de recaída de la esclerosis múltiple y la medicación se utiliza como monoterapia y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a la terapia convencional con uno de los siguientes: Un producto de interferón beta, Copaxone, Gilenya O diagnóstico de la enfermedad de Crohn activa moderada a severa y la medicación no será usada en combinación con inmunosupresores o inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a alguno de los siguientes: Humira, Remicade, o Cimzia.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

1. Múltiple esclerosis: Neurólogo
2. Enfermedad de Crohn's: Gastroenterólogo

Duración de Cubierta

Autorización inicial de 6 meses, la re-autorización en incrementos de 6 meses

Otros Criterios

Paciente y médico están registrados en el programa de prescripción TOUCH. Para la enfermedad de Crohn, el afiliado debe tener todas las características siguientes:

1. Diagnóstico de la enfermedad de Crohn documentado.
2. Demostrado una respuesta inadecuada a un tratamiento apropiado con dos (2) o más de los siguientes agentes: corticosteroides (por ejemplo, prednisona, prednisolona, metilprednisolona), 5-aminosalicilatos (por ejemplo, sulfasalazina, Azulfidine, Asacol, Pentasa, Rowasa, Dipentum , Colazal), 6-mercaptopurina (6-MP, Purinethol) y / o azatioprina, y / o metotrexato.
3. El afiliado ha demostrado una respuesta inadecuada a un tratamiento adecuado con al menos uno de los siguientes inhibidores del TNF: Cimzia, Humira o Remicade.
4. Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

UPTRAVI

Medicamentos

Uptravi Oral Tab 200 mcg
Uptravi Oral Tab 400 mcg
Uptravi Oral Tab 600 mcg
Uptravi Oral Tab 800 mcg
Uptravi Oral Tab 1 mg
Uptravi Oral Tab 1.4 mg
Uptravi Oral Tab 1.6 mg
Uptravi Titration Pack

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Para tratamiento inicial: Diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar (PAH, Grupo I de la OMS) evidenciado por una cateterización cardíaca derecha para confirmar el diagnóstico de PAH
2. Para continuación de tratamiento: El paciente muestra respuesta beneficiosa documentada a utilizar Uptravi (incluyendo cualquiera de los siguientes: reducción de la resistencia vascular pulmonar y / o presión, mejora de los síntomas, mejoría de los síntomas, actividad y / o longevidad)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, cardiólogo.

Duración de Cubierta

Inicio – 3 meses

Continuación: 12 meses

Otros Criterios

Tratamiento inicial debe ser 200 mcg dos veces al día.

VALCHLOR

Medicamentos

Valchlor Topical Gel 0.00016 mg/mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico. Tratamiento tópico para linfoma cutáneo de células T de tipo mycosis fungoide, en etapa 1a o 1b, en pacientes que han recibido previamente terapia dirigida a la piel.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

- 1) Hematólogo
- 2) Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

VELCADE

Medicamentos

Velcade IV Sol 3.5 mg
Bortezomib IV Sol 3.5 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

Medicamentos

Vemlidy Oral Tab 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Prueba de infección por VIH-1 antes del inicio, no se use en pacientes con infección por VIH

Información Médica Requerida

Iniciación de la terapia:

1. Diagnóstico infección Hepatitis B
2. Fracaso de Viread o Baraclude hasta dosis máximas indicadas, a menos que se experimenten efectos adversos contraindicados o clínicamente significativos.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

VENCLEXTA

Medicamentos

Venclexta Oral Tab 10 mg
Venclexta Oral Tab 50 mg
Venclexta Oral Tab 100mg
Venclexta Pack 10/50/100

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Está contraindicado el uso de Inhibidores potentes de CYP3A en inicio de tratamiento y durante la fase de aceleración.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: Leucemia linfótica crónica (LLC) o linfoma linfocítico pequeño (SLL) con o sin delección del cromosoma 17p, detectado por una prueba aprobada por la FDA y ha recibido al menos algún tratamiento previo.
2. Se requiere evaluación de riesgo para la condición del síndrome de lisis tumoral.
3. Se requiere utilización en combinación con allopurinol.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para renovación el paciente no ha tenido progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

VENTAVIS

Medicamentos

Ventavis Inhalant Sol. 0.01 mg/ml

Ventavis Inhalant Sol. 0.02 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar grupo WHO I con New York Heart Association (NYHA) clase funcional III de IV confirmada por cateterismo cardiaco derecho.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Cardiólogo o neumólogo

Duración de Cubierta

Inicial – 6 meses

Renovación – 12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

VERZENIO

Medicamentos

Verzenio Oral Tab 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Cáncer de mama avanzado o metastásico, en combinación con un inhibidor de aromatasas como terapia endocrina inicial para el tratamiento de mujeres post-menopausadas con receptores de hormonas (HR) – positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)-negativo avanzado. O
2. Cáncer de mama avanzado o metastásico, en combinación con fulvestran para el tratamiento de mujeres con receptor de hormonas (HR) – positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) – negativo, con progresión de la enfermedad después de tratamiento con terapia endocrina O
3. Cáncer de mama avanzado o metastásico, como monoterapia en pacientes adultos, con receptores de hormonas (HR) – positivo, HER2 negativo y con progresión de la enfermedad después de tratamiento con terapia endocrina y quimioterapia en ambiente metastásico.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

VOSEVI

Medicamentos

Vosevi Oral Tab 400mg/100mg/100mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

- a. Diagnóstico: infección crónica por VHC sin cirrosis o con cirrosis compensada (Child Pugh A) que tiene: infección por Genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6 y ha sido previamente tratado con un régimen de VHC que contiene un inhibidor NS5A O Genotipo 1a o 3 y han sido tratados previamente con un régimen de VHC que contiene sofosbuvir sin un inhibidor de NS5A.
- b. Genotipo
- c. Estado de tratamiento del paciente (tratamiento sin experiencia o tratamiento experimentado). Si el paciente tiene experiencia en el tratamiento, documente los medicamentos que utilizó anteriormente.
- d. Estado de la cirrosis.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterolog, Hepatologo, Especialista de enfermedades infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Los criterios se aplicarán de acuerdo con las guías actuales de AASLD / IDSA.

VOTRIENT

Medicamentos

Votrient Oral Tab 200 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Los niveles séricos de transaminasas y bilirrubina antes de iniciar el tratamiento.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Vpriv Inj. Sol 100 units/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

El diagnóstico de la enfermedad de Gaucher no neuropática de tipo 1, crónica

Restricción de Edad

4 años de edad o más

Restricción de Médico

Hematólogo o especialista en el tratamiento de trastornos metabólicos hereditarios.

Duración de Cubierta

Iniciación 3 meses, 6 meses de renovación

Otros Criterios

Renovación, la normalización de los recuentos de hemoglobina y plaquetas como indicación de la eficacia, o la documentación de la reducción en el agrandamiento del hígado y el bazo. Sujeto a revisión B vs D.

XALKORI

Medicamentos

Xalkori Oral Cap 200 mg, 250 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Resultado positivo de prueba ALK o ROS-1 NSCL metastasico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

XATMEP

Medicamentos

Xatmep Oral Sol. 25 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

1. Para tratamiento de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (ALL) como componente de un régimen de mantenimiento combinado de quimioterapia O
2. Manejo de pacientes pediátricos con artritis idiopática juvenil poliarticular activa (pJIA) que son intolerantes a o han tenido una respuesta inadecuada a el tratamiento de primera línea.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo, reumatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

XELJANZ

Medicamentos

Xeljanz Oral Tab 5mg

Xeljanz Oral Tab 10 mg

Xeljanz Oral Tab ER 11 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Infección activa grave (incluyendo tuberculosis). El uso combinado con un medicamento biológico anti-rreumático modificador de la enfermedad o un inmunosupresor potente (ej; azatioprina o ciclosporina).

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

1. Artritis reumatoide moderada a severamente activa Y el paciente ha tratado y ha presentado una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a metotrexato. Puede ser utilizado como monoterapia o en combinación con metotrexato u otro medicamento no-biológico anti-reumático modificador de la enfermedad O
2. Artritis psorásica activa y el paciente ha tratado y ha presentado una respuesta inadecuada, intolerancia a metotrexato u otro medicamento no-biologico anti-reumatico modificador de la enfermedad O
3. Colitis ulcerativa de moderada a severamente activa.
4. Al paciente se le ha realizado una prueba de tuberculosis (TB) en el último año y se ha descartado tuberculosis latente o está siendo tratado según las guías.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Para artritis Reumatoidea y artritis psoriásica activa, reumatólogo. Para colitis ulcerativa, gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente esta estable en su condición o ha mejorado durante el tratamiento.

Bajo Revision de CMS

XENAZINE

Medicamentos

Tetrabenazine Oral Tab 12.5 mg, 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D. Disquinesia tardía (TD). Síndrome de Tourette y trastornos relacionados con tics. Distrofia hiperkinética primaria. Hemibalismo

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Para tratamiento de corea asociado con la enfermedad de Huntington, Síndrome de Tourette o tic relacionados, distrofia hiperkinética primaria o hemibalismo, Xenazine (tetrabenazine) debe ser prescrito por neurólogo o en consulta con neurólogo. Para TD, Xenazine (tetrabenazine) debe ser prescrito por neurólogo o en consulta con neurólogo o psiquiatra.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno.

XGEVA

Medicamentos

Xgeva SC Inj. 70 mg/ml (120 mg/ 1.7 ml vial)

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Hipocalcemia (calcio menor de 8.0 mg/dL).

Información Médica Requerida

Para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Prevención de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes con multiple mieloma y en pacientes con metástasis osea de tumores solidos O
2. Adultos y adolescentes esqueléticamente maduros con tumor de células gigantes de hueso y tumor es inresectable o resección quirúrgica es probable que resulte en morbilidad grave O
3. Paciente tiene diagnóstico de hipercalcemia de malignidad refractario a terapia con bisfosfonato.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

XIFAXAN

Medicamentos

Xifaxan Oral Tab 200 mg, 550 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Diarrea del viajero, de 12 años de edad o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de Cubierta

Autorización será de 12 meses. La aprobación para diarrea de viajeros será conforme a lo solicitado.

Otros Criterios

Para la encefalopatía hepática, tratamiento de un suministro de 30 días de los siguientes: lactulosa. Paso #2: Xifaxan 550 mg. Historial antes de la medicación en las reclamaciones, medico deberá presentar documentación de la utilización en el expediente médico o de farmacia de con el procesamiento a través del administrados del beneficio de farmacia anterior. Para el diagnóstico de diarrea del viajero por cepas invasivas de E coli, Xifaxan 200MG será aprobado como primera línea.

Medicamentos

Xolair Inj. 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Asma moderada a severa persistente y SAR / PAR, nivel de IgE basal de al menos 30 IU / ML. Para el asma, el paciente tiene una prueba cutánea positiva o in vitro (es decir, un análisis de sangre para anticuerpos IgE específicos del alérgeno, como un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (p. Ej., InmunoCAP, ELISA) o RAST) para 1 o más aeroalergenos perennes (por ejemplo, ácaro del polvo doméstico, caspa de animales [perro, gato], cucaracha, plumas, esporas de moho) y / o por 1 o más aeroalergenos estacionales (pasto, polen, malezas). Para SAR / PAR, el paciente tiene pruebas cutáneas positivas (p. Ej., Hierba, árbol o polen de malezas, esporas de moho, ácaro del polvo doméstico, caspa de animales, cucaracha) y / o pruebas positivas in vitro (es decir, un análisis de sangre para alérgeno específico Anticuerpos IgE) para uno o más alérgenos relevantes (p. Ej., Hierba, árbol o polen de malezas, esporas de moho, ácaros del polvo doméstico, caspa de animales, cucaracha). Urticaria idiopática crónica: El paciente debe tener urticaria por más de 6 semanas, con síntomas presentes más de 3 días a la semana, a pesar del tratamiento diario con antihistamínicos H1 no sedantes (p. Ej., Cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina) Y debe haber intentado terapia con un modificador de leucotrienos (p. ej., montelukast) con un antihistamínico H1 no sedante diario, a menos que haya intolerancia o contraindicación.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Alergista, inmunólogo, neumólogo o dermatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Asma persistente moderada a grave debe cumplir todos los criterios. Los síntomas del asma del paciente no se controlaron adecuadamente con el uso concomitante de al menos 3 meses de corticosteroides inhalados y betaagonistas de acción prolongada (LABA) o alternativa de LABA, si los LABA están contraindicados o si tiene intolerancia, entonces las alternativas incluyen teofilina de liberación sostenida o un modificador de leucotrienos (p. ej., montelukast), Y control inadecuado demostrado por hospitalización por asma, requerimiento de corticosteroides sistémicos para controlar exacerbaciones de asma o necesidad creciente (por ej., más de 4 veces al día) para los agonistas beta2 inhalados de acción corta para los síntomas (excluyendo el uso preventivo para el asma inducida por el ejercicio).

XTANDI

Medicamentos

Xtandi Oral Cap 40 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de próstata resistente a la castración.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

XURIDEN

Medicamentos

Xuriden Oral Granules 2000mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnostico de aciduria orotica hereditaria

Restricción de Edad

2 meses o más

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Xyrem Oral Sol 500 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones medicamente aceptadas no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Uso concomitante con agentes hipnóticos sedantes. Deficiencia de deshidrogenasa semialdehído succínica.

Información Médica Requerida

El diagnóstico de una de las siguientes:

- a. La narcolepsia con somnolencia diurna excesiva, la cataplejía o ambos confirmada por la evaluación laboratorio del sueño (por ejemplo, prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía) y para pacientes con excesiva somnolencia diurna, el paciente ha tenido un tratamiento anterior con o tiene una contraindicación, intolerancia o alergia a modafinil metilfenidato, dextroanfetamina, o sales de mixtas de anfetamina.
- b. Síndrome de la fibromialgia y el paciente tuvo un tratamiento anterior (de por lo menos 30 días) con, o tiene una contraindicación, intolerancia o alergia a dos de los siguientes: duloxetina, milnacipran o pregabalina.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

6 meses (iniciales), 12 meses (de renovación).

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente tuvo una respuesta positiva al medicamento (aumento de la calidad del sueño para los pacientes con narcolepsia). El paciente y el médico están inscritos en el REMS de Xyrem.

YERVOY

Medicamentos

Yervoy Inj Sol 5 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnostico de : 1) melanoma inresectable o metastásico (Estadio III/IV) Y si la solicitud es para re-inducción, el paciente no tuvo toxicidad significativa con el curso previo de Yervoy Y el paciente experimentó progresión después de tener la enfermedad estable durante más de tres meses o recaída después de haber tenido una respuesta clínica al tratamiento. O 2) Tratamiento adyuvante para pacientes con melanoma cutáneo con involucramiento patológico de ganglios linfáticos regionales de más de 1 mm sometidos a resección completa, incluyendo linfadenectomía total. Debe someter la TSH basal, AST, ALT, bilirrubina total.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

16 semanas

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D. Afiliado está inscrito en el programa de REMS para Yervoy.

Medicamentos

Yonsa Oral Tab 125 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de próstata metastizado resistente a castración para ser utilizado en combinación con metilprednisolona

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ZAVESCA

Medicamentos

Miglustat Oral Cap 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

No está cubierto para el Tipo 2 o 3 de la Enfermedad Gaucher

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la enfermedad de Gaucher tipo 1 y que no puede ser tratada con terapia de reemplazo enzimático (por ejemplo Cerezyme)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ZEJULA

Medicamentos

Zejula Oral Cap. 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico:

Tratamiento de mantenimiento para pacientes adultos con cáncer de ovario epitelial recurrente, de trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario, que han tenido en una respuesta completa o parcial a quimioterapia basada en platino.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

1. Hematólogo
2. Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D.

ZELBORAF

Medicamentos

Zelboraf Oral Tablet 240 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Antes de comenzar tratamiento se requiere: resultados de electrocardiograma, electrolitos, enzimas hepáticas y bilirrubina. Confirmación de BRAF V600E Mutación positiva de melanoma a través de alguna prueba aprobada por FDA por ejemplo (Cobas®) 4800 BRAF V600 prueba de mutación.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ZINBRYTA

Medicamentos

Zinbryta Prefilled Syringe 150 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Uso simultáneo de acetato de glatiramer con interferón beta-1a (Avonex, Rebif) o interferón beta-1b (Betaseron).
2. Enfermedad hepática preexistente o insuficiencia hepática, incluyendo ALT o AST al menos 2 veces del límite superior norma.
3. Historial de hepatitis autoinmune u otra condición autoinmune que afecte al hígado.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: Esclerosis múltiple recurrente (EM) Y respuesta inadecuada a dos o más fármacos de EM.

Restricción de Edad

17 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo o especialista en esclerosis múltiple.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Médico y paciente deben estar inscritos en el Programa REMS de Zinbryta.

ZOLINZA

Medicamentos

Zolinza Oral Cap 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ZYDELIG

Medicamentos

Zydelig Oral Tab 100 mg, 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Para relapso de leucemia linfocítica crónica (CLL):
 - a. El paciente debe tener al momento autorización del medicamento Rituxan (rituximab) y
 - b. Debe ser utilizado en combinación con Rituxan (rituximab).
2. Para relapso de linfoma No Hodgkin de célula B folicular (FL): El paciente ha recibido dos tratamientos sistémicos previos.
3. Para relapso de linfoma linfocítico pequeño (SLL): El paciente ha recibido dos terapias sistémicas previas.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Se requiere participación en Programa REMS

ZYKADIA

Medicamentos

Zykadia Oral Cap 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, confirmación de mutación ALK positiva detectada por una prueba aprobada por la FDA.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Oncólogo, hematólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ZYTIGA

Medicamentos

Zytiga Oral Tab 250 mg

Zytiga Oral Tab 500 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Mujeres que están o pueden quedar embarazadas

Información Médica Requerida

Indicado en combinación con prednisona para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Cáncer de próstata metastásico resistente a castración O
2. Cáncer de próstata metastásico de alto riesgo sensible a castración.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Urólogo, Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Índice de Medicamentos

ABELCET.....	118	Amphetamine-		Bortezomib IV Sol	200
Abilify IM Inj.....	17	Dextroamphetamine Oral		Bosulif oral Tab	16
Abilify Maintena Inj.....	17	Tab	6	Botox Inj.	32
acetylcysteine	118	amphotericin b	118	Brilinta Oral Tab.....	33
Acitretin Oral Cap.....	2	ampicillin sodium	118	Briviact Inj	34
Actemra SOLUTION 200		ampicillin-sulbactam sodium		Briviact Oral Solution	34
MG/10ML		.....	118	Briviact Oral Tab	34
INTRAVENOUS*	30	Ampyra Oral Tab. 10 mg.....	12	budesonide	118
Actimmune Inj	3	Androderm Transdermal Patch		Buprenorphine Sublingual Tab	
acyclovir sodium.....	118	.....	15	.....	36
ADAGEN.....	118	Anoro Ellipta	13	Buprenorphine/Naloxone	36
Adapalene Topical Cream... 193		aprepitant	118	busulfan.....	118
Adapalene Topical Gel..... 193		Aptiom 200 mg Oral Tab	18	Cabometyx Oral Tab.....	37
Adcirca Oral Tab.....	4	Aptiom 400 mg Oral Tab	18	calcitriol	118
Adefovir dipivoxil Oral Tab 10		Aptiom 600 mg Oral Tab	18	Calquence Oral Cap	38
mg.....	79	Aptiom 800 mg Oral Tab	18	Carbaglu Oral Susp	39
Adempas 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg,		Arcalyst SOLUTION		carboplatin.....	118
2 mg, 2.5 mg Oral Tab	5	RECONSTITUTED 220		casposfungin acetate	118
Advair Diskus	7	MG SUBCUTANEOUS*..	19	Cayston Inhalant Sol.	40
Advair HFA.....	7	Aripiprazole Oral Tab.....	17	cefoxitin sodium.....	118
Afinitor Disperz Soluble Tab.. 8		Aristada Prefileld Syringe ...	17	ceftriaxone sodium.....	118
Afinitor Oral Tab	8	Armodafinil Oral Tab	136	cefuroxime sodium.....	118
Afinitor TABLET 7.5 MG		Arnuity Ellipta Inhaler.....	20	Celecoxib Oral Cap.....	47
ORAL.....	8	Atovaquone Oral Susp.....	123	Cerezyme IV 200 mg vial ...	41
albuterol sulfate.....	118	Aubagio	21	Chantix Continuing Month	
ALDURAZYME.....	118	Avastin IV Soln	22	Pack 1 mg.....	42
Alecensa	9	Avita Topical Cream	193	Chantix Oral Tab 0.5 mg	42
Alimta SOLUTION		Avita Topical Gel	193	Chantix Starting Month 0.5 mg	
RECONSTITUTED 500		azacitidine.....	118	& 1 mg	42
MG INTRAVENOUS*.....	10	azathioprine	118	Chantix TABLET 1 MG	
ALIQOPA	118	azathioprine sodium.....	118	ORAL.....	42
Alosetron Oral Tab.....	112	Banzel SUSPENSION 40		Cholban	43
Alunbrig Oral Tab.....	11	MG/ML ORAL.....	23	Cinryze Iny. 500 unidades/vial	
AMBISOME	118	Banzel TABLET 200 MG		.....	44
AMINOSYN II	118	ORAL	23	cisplatin	118
AMINOSYN		Baraclude Oral Solution	24	cladribine.....	118
II/ELECTROLYTES	118	Bavencio Inj. IV	25	CLINIMIX/DEXTROSE	
AMINOSYN/ELECTROLYTE		Beleodaq Inj. Solution	30	(2.75/5).....	118
S	118	Benlysta IV Soln.....	31	CLINIMIX/DEXTROSE	
AMINOSYN-HBC.....	118	Benzotropine Mesylate Oral Tab		(4.25/10).....	118
AMINOSYN-PF	118	.....	26	CLINIMIX/DEXTROSE	
AMINOSYN-RF	118	Betaseron SOLUTION		(4.25/20).....	118
Amitriptyline Hydrochloride		RECONSTITUTED 0.3 MG		CLINIMIX/DEXTROSE	
Oral Tab	26	SUBCUTANEOUS*	93	(4.25/25).....	118
Amitriptyline Hydrochloride/		Bexarotene Oral Cap	185	CLINIMIX/DEXTROSE	
Perphenazine Oral Tab.....	26	BICNU.....	118	(4.25/5).....	118
		BIVIGAM.....	118	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
		bleomycin sulfate.....	118	.....	118

CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	Empliciti Inj.....	55	Fycompa Oral Tab 2 mg, 6 mg,
.....	Empliciti Inj.....	55	8 mg, 10 mg, 12 mg.....
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	ENGERIX-B.....	119	GAMASTAN S/D.....
.....	Entecavir Oral Tab	24	GAMMAGARD
clofarabine.....	Entresto Oral Tab	56	GAMMAGARD S/D LESS
Clomipramine Hydrochloride	Epcclusa Oral Tab	57	IGA
Oral Cap	epirubicin hcl.....	119	GAMMAPLEX.....
Clorazepate Dipotassium Oral	Erivedge CAPSULE 150 MG		GAMUNEX-C
Tab	ORAL	16	ganciclovir sodium.....
colistimethate sodium (cba)	Erleada Oral Tab.....	58	Gattex Inj Solution.....
119	ERYTHROCIN		gemcitabine hcl
Cometriq.....	LACTOBIONATE	119	GENGRAF.....
Cotellic 20 mg.....	Esbriet Oral Cap	61	Geodon Inj.
46	Estradiol Oral Tab	27	Gilenya CAPSULE 0.5 MG
cromolyn sodium.....	Estradiol Transdermal System		ORAL.....
119	.....	26	Gilotrif Oral Tab
Cyclobenzaprine Hydrochloride	Estropipate Oral Tab.....	27	Glatiramer Prefilled Syringe .
Oral Tab	etoposide.....	119	Glatopa Prefilled Syringe.....
26	Exjade TABLET SOLUBLE		granisetron hcl.....
Cyclobenzaprine Oral Tab ...	125 MG ORAL.....	63	119, 120
48	Exjade TABLET SOLUBLE		Guanfacine ER Oral Tab.....
cyclophosphamide.....	250 MG ORAL.....	63	27
119	Exjade TABLET SOLUBLE		Halaven SOLUTION 1
cyclosporine	500 MG ORAL.....	63	MG/2ML INTRAVENOUS*
119	Fabrazyme SOLUTION		.....
cyclosporine modified.....	RECONSTITUTED 35 MG		77, 78
119	INTRAVENOUS*	64	Harvoni Oral Cap.....
Cyramza Inj.....	Fanapt Oral Tab.....	17	77
49, 50	Fanapt Titration Pack	17	heparin (porcine) in d5w
cytarabine	Farydak Oral Cap	65	120
119	FASLODEX	119	heparin sod (porcine) in d5w
dacarbazine.....	Fentanyl Oral Lozeng	66	.....
119	FentaNYL PATCH 72 HR 75		120
dactinomycin.....	MCG/HR TRANSDERMAL		heparin sodium (porcine)
119	.....	66	120
daptomycin.....	Fentanyl Transdermal Patch .	66	HEPATAMINE.....
119	Fentora Buccal Tablet.....	66	120
Darzalex Inj.....	Ferriprox Oral Tab.....	67	HERCEPTIN.....
51	Firazyr SOLUTION 30		120
daunorubicin hcl.....	MG/3ML		Hetlioz.....
119	SUBCUTANEOUS*	69	80
DEPO-PROVERA	fluconazole in sodium chloride		Hexalen CAPSULE 50 MG
119	.....	119	ORAL.....
desmopressin acetate.....	fludarabine phosphate.....	119	81
119	fluorouracil	119	Humira Kit
dexrazoxane	Fondaparinux Sodium SubQ		53
119	.....	113	Humira Pediatric Crohns Start
Dextroamphetamine Sulfate	FREAMINE HBC	119	Prefilled Syringe
Oral Tab	Fyavolv Oral Tab.....	27	53
6			Humira Pen-Crohns Starter Kit
Diazepam Oral Sol.....			.....
26			53
Diazepam Oral Tab			Humira Psoriasis Start Pen
26			Injector
Digox Oral Tab			53
26			Humulin R Pen Injector
Digoxin Oral Sol.....			83
26			Hunira Prefilled Syringe.....
diphtheria-tetanus toxoids dt			53
.....			hydromorphone hcl pf.....
119			120
docetaxel			Hydroxyzine Hydrochloride
119			Inj.
Doxepin Hydrochloride Oral			27
Cap			Ibrance Oral Cap
26			84
Doxepin Hydrochloride Oral			Iclusig Oral Tab
Cap			85
26			idarubicin hcl
Doxepin Hydrochloride Oral			120
Sol			Idhifa Oral Tab.....
26			86
doxorubicin hcl			ifosfamide
119			120
doxorubicin hcl liposomal...119			
dronabinol			
119			
duramorph			
119			
ELITEK.....			
119			
EMEND			
119			

Ilaris Inj. Solution	87	lidocaine hcl (pf).....	120	NEORAL	121
Imatinib	90	Lidocaine HCl Topical Gel	190	NEPHRAMINE	121
Imbruvica Oral Cap 140 mg..	89	Lidocaine HCl Topical Sol.	190	Nerlynx Oral Tab	128
Imbruvica Oral Tab	89	Lidocaine Topical Cream ...	190	Neupogen Syringe.....	68
Imfinzi IV. Sol.	88	Lidocaine Topical Ointment	190	NexAVAR TABLET 200 MG	
imipenem-cilastatin	120	Linezolid Inj	110	ORAL.....	129
Imipramine Hydrochloride Oral		Linezolid Oral Susp.....	110	Ninlaro Oral Cap.....	130
Tab	27	Linezolid Oral Tab	110	NIPENT	121
Imipramine Pamoate Oral Cap		Linzess Oral Cap	111	Nitrofurantoin, Macrocrystals	
.....	27	LUMIZYME.....	120	Oral Cap	27
Incrise Ellipta Inhaler.....	92	Lupaneta Pack	114	Norditropin FlexPro	75
Inlyta TABLET 1 MG ORAL		Lupron Depot Ped.....	108	Northera Oral Cap.....	131
.....	16	Lupron Prefilled Syringe ...	108	Nucala	132
Inlyta TABLET 5 MG ORAL		Lynparza Oral Cap	115	Nulojix Iny.	134
.....	16	Lynparza Oral Tab.....	115	Nuplazid Oral Tab.....	135
INTRALIPID	120	Matulane Oral Cap	116	nutrilipid.....	121
Intron-A.....	94	Mavyret Oral Tab	117	octreotide acetate.....	121
INVANZ	120	Megestrol Acetate Oral Susp	27	Odomzo 200 mg.....	137
Invega Sustenna	17	Megestrol Acetate Oral Tab .	27	ondansetron	121
Invega Trinza	17	Mekinist TABLET 0.5 MG		ondansetron hcl	121
ipratropium bromide	120	ORAL	16	OPDIVO	121
ipratropium-albuterol	120	Mekinist TABLET 2 MG		Opsumit 10 mg Oral Tab ...	139
Iressa Oral Tab	95	ORAL	16	Orfadin	140
irinotecan hcl.....	120	melphalan hcl.....	120	Orkambi 125 mg/ 200 mg..	142
ISTODAX (OVERFILL)	120	Menest Oral Tab.....	27	Orkambi Oral Tab	141
Jakafi Oral Tab.....	96	Meperidine Inj	52	oxaliplatin	121
Juxtapid Oral Cap.....	97	meropenem	120	paclitaxel	121
Kadcyla Inj Solution	16	mesna	120	pamidronate disodium.....	121
Kalydeco Oral Granules.....	98	methotrexate	120	Panretin Externo.....	145
Kalydeco Oral Tab	98	methotrexate sodium	120	paricalcitol.....	121
Kanuma Inj.....	99	methotrexate sodium (pf) ..	120	Paroxetine Hydrochloride Oral	
Keytruda Inj. Solution.....	100	Methoxsalen Oral Cap.....	124	Tab	27
Kisqali / Femara Therapy Pack		Miglustat Oral Cap	221	Pegasys Inj.Sol.	146
.....	102	mitomycin.....	120	Pegasys Prefilled Syringe....	146
Kisqali Dose Pack	101	mitoxantrone hcl	120	PENTAM	121
Korlym Oral Tab	103	Modafinil Oral Tab.....	125	PERFOROMIST	121
Kuvan Oral Solution	104	Moderiba Oral Tab	162	Phenadoz Hydrochloride	
Kuvan Oral Tab.....	104	morphine sulfate	120	Rectal Supp.	28
Kynamro Prefilled Syringe .	105	morphine sulfate (pf)	120	Phenobarbital Oral Tab	28
KYPROLIS	120	Mozobil Inj	126	Pomalyst CAPSULE 1 MG	
LARTRUVO.....	120	MUSTARGEN	120	ORAL.....	16
Latuda Oral Tab	17	MYCAMINE.....	120	Pomalyst CAPSULE 4 MG	
Lenvima Pack.....	106	mycophenolate mofetil	120	ORAL.....	16
Letairis Oral Tab	107	mycophenolate mofetil hcl .	120	Pradaxa Oral Cap	148
leucovorin calcium	120	mycophenolate sodium	120	Premarin Oral Tab.....	27
Leuprolide Acetate Kit.....	108	MYLOTARG	120	Premarin Pack	27
levabuterol hcl.....	120	nafacillin sodium	120	PREMASOL	121
levocarnitine.....	120	NAGLAZYME.....	120	Prevymis Inj. Vial	149
Lidocaine External Patch	109	Natpara Cartridge Inj.....	127	Prevymis Oral Tab	149
lidocaine hcl	120	NEBUPENT	120	PRIVIGEN	121

PROCALAMINE.....	121	Saphris Sublingual Tab.....	17	TEFLARO.....	121
Procrit SOLUTION 2000		Savella 4 Week Titration Pack		TENIVAC	121
UNIT/ML INJECTION.....	59	.....	167	Testosterone Topical Gel ...	191
Procrit SOLUTION 20000		Savella Oral Tab	167	tetanus-diphtheria toxoids td	
UNIT/ML INJECTION.....	59	Scopolamine Patch	28	.....	121
Procrit SOLUTION 3000		SENSIPAR	121	Tetrabenazine Oral Tab.....	211
UNIT/ML INJECTION.....	59	Serevent Diskus Aerosol		Thalomid Oral Cap	189
Procrit SOLUTION 4000		Powder	168	Thioridazine Oral Tab 1	28
UNIT/ML INJECTION.....	59	Signifor Inj. Sol.	169	Thiothixene Oral Cap.....	28
Procrit SOLUTION 40000		Signifor Lar Inj. Susp	170	Tigecycline Inj. Soln	195
UNIT/ML INJECTION.....	59	Sildenafil Oral Tab	147	tobramycin	121
PROGRAF	121	sirolimus	121	tobramycin sulfate.....	121
Prolastin Inj Sol.....	143	Sirturo Oral Tab.....	171	TOPOSAR	121
PROLEUKIN	121	Sivextro Inj Sol.....	172	topotecan hcl	121
Prolia Inj.....	150	Sivextro Oral Tab	172	TPN ELECTROLYTES.....	121
Promacta Oral Tab	151	Sodium Phenylbutyate Oral		Transderm Scop Transdermal	
Promethazine Hydrochloride		Tab	35	System.....	28
Oral Tab	28	Sodium Phenylbutyrate		TRAVASOL	121
PROSOL	121	POWDER ORAL	35	TREANDA	121
PULMOZYME	121	Soltamox SOLUTION 10		Trelegy Ellipta Inh.	192
Quetiapine Fumarate Oral Tab		MG/5ML ORAL.....	16	Trelstar Inj.....	108
.....	152	SOMATULINE DEPOT ...	121	Tretinoin Topical Cream.....	193
Quetiapine XR.....	152	Somavert SubQ Sol	173	Tretinoin Topical Gel.....	193
Radicava Inj.	153	Sovaldi Oral Tab.....	174	Trihexyphenidyl Hydrochloride	
Ranexa Oral Tab	154	Sprycel Oral Tab.....	175	Oral Sol	28
RAPAMUNE	121	Stiolto Metered Dose Inh....	176	Trihexyphenidyl Hydrochloride	
Ravicti Oral Sol.....	155	Stivarga TABLET 40 MG		Oral Tab	28
Rebetol Oral Solution.....	162	ORAL	16	TRISENOX	121
RECOMBIVAX HB	121	Suboxone Oral Strip	36	TROPHAMINE	121
Regranex 0.01 %	156	Sutent Oral Cap	177	Tykerb Oral Tab.....	196
Remodulin Inj Soln	158	Sylatron SubQ	178	Tysabri Iny. Sol.....	197
Restasis Ophthalmic Emulsion		Synagis IM Sol	180	Uptravi Oral Tab	198
.....	160	Synarel Nasal Sol	181	Uptravi Titration Pack.....	198
Revatio Oral Suspension.....	147	Synercid Iny.....	182	Valchlor Topical Gel.....	199
Revlimid Oral Cap	161	Synribo SOLUTION		vancomycin hcl	121
Rexulti Oral Tab.....	17	RECONSTITUTED 3.5 MG		Velcade IV Sol.....	200
Ribasphere Oral Cap	162	SUBCUTANEOUS*	16	Vemlidy Oral Tab	201
Ribasphere Oral Tab	162	tacrolimus	121	Venclexta Oral Tab	202
Ribavirin Oral Cap.....	162	Tacrolimus Ointment.....	190	Venclexta Pack.....	202
Ribavirin Oral Tab	162	Tafinlar CAPSULE 50 MG		Ventavis Inhalant Sol	203
Riluzole Oral Tab.....	163	ORAL	16	Verzenio Oral Tab.....	204
RITUXAN.....	121	Tafinlar CAPSULE 75 MG		Vigabatrin Oral Sol.Pack ...	166
Rivastigmine Transdermal		ORAL	16	vinblastine sulfate	121
Patch.....	62	Tagrisso Oral Tab	183	VINCASAR PFS	122
Rubraca Oral Tab	164	Tarceva Oral Tab	184	vincristine sulfate	122
Rydapt Oral Cap.....	165	Targretin Topical Gel	185	vinorelbine tartrate	122
Sabril Oral Tab.....	166	Tasigna Oral Cap.....	186	Vosevi Oral Tab	205
SANDIMMUNE	121	Tazarotene External.....	187	Votrient Oral Tab	206
SANDOSTATIN LAR DEPOT		Tazorac External.....	187	Vpriv Inj. Sol	207
.....	121	Tecentriq Inj.	188	Vraylar	17

VYXEOS	122	Xuriden Oral Granules	217	Zinbryta Prefilled Syringe...	224
Xalkori Oral Cap.....	208	Xyrem Oral Sol.....	218	zoledronic acid	122
Xatmep Oral Sol.....	209	Yervoy Inj Sol	219	Zolinza Oral Cap.....	225
Xatmep Oral Sol.....	209	YONDELIS	122	Zolpidem Tartrate Oral Tab. .	82
Xeljanz Oral Tab.....	210	Yonsa Oral Tab.....	220	Zydelig Oral Tab.....	226
Xgeva SC Inj.....	212	Zavesca Oral Cap	220	Zykadia Oral Cap.....	227
Xifaxan Oral Tab	213	Zejula Oral Cap	222	Zytiga Oral Tab.....	228
Xolair Inj.	214	Zelboraf Oral Tablet	223		
Xtandi Oral Cap	216	Zemaira Inj. Sol.	143		