

## **CRITERIOS DE PREAUTORIZACION 2021**

MMM Supremo, MMM Dinámico, MMM Extra, MMM Único, MMM Elite, PMC Max,  
MMM Diamante Platino, MMM Relax Platino, MMM Valor Platino,  
MMM Grande Platino, MMM Conectado Platino, PMC Premier Platino, MMM ELA Relax,  
MMM ELA Cash, MMM ELA Grande, MMM ELA Dinámico, MMM ELA Advantage,  
MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Flex, MMM Alianza SEA, MMM  
Alianza Mega, MMM Alianza Ultra, MMM Alianza SEA Plus

Criteria PA (21590)

MSO-PHA-ORG-1123-021221-S

Actualizado: Febrero, 2021

# ACITRETIN

---

**Medicamentos**

Acitretin Oral Cap 10 mg, 17.5 mg, 25 mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Deterioro severo de la función hepática o renal. Crónica anormalmente elevados valores de lípidos en sangre. Uso concomitante de Metrotexate o tetraciclinas. El embarazo. Mujeres en edad fértil que tengan la intención de quedar embarazadas durante la terapia o en cualquier momento durante al menos 3 años después de interrumpir la terapia. Mujeres en edad fértil que no usarán anticonceptivos confiables mientras se someten a tratamiento y durante al menos 3 años después de la interrupción. Mujeres en edad fértil que toman alcohol durante el tratamiento o durante dos meses después del cese de la terapia.

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de Psoriasis severa.

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Actimmune Solution 2000000 UNIT/0.5ML Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

BSA, SCr, CBC (con diferencial y Plaquetas), LFT.

**Restricción de Edad**

Ninguno

**Restricción de Médico**

Enfermedad granulomatosa crónica: Inmunólogo. Osteopetrosis maligna severa: Oncólogo, Hematólogo, Ginecólogo, Reumatólogo, Ortopeda.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Alyq Oral Tablet 20 MG

Tadalafil (PAH) Oral Tablet 20 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

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

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: Hipertensión Pulmonar Arterial severa (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 hipertensión arterial pulmonar, los pacientes actualmente en o Tadalafil 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

## **ADEMPAS**

---

### **Medicamentos**

Adempas Oral Tablet 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo, uso concomitante de nitrato, donante de óxido nítrico o inhibidor de la osfodiesterasa.  
Hipertensión pulmonar asociada a neumonías intersticiales idiopáticas.

### **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 Hereditable; 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.

**Medicamentos**

Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 5 MG  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 10 MG  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 15 MG  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 20 MG  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 25 MG  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 30 MG  
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  
Dextroamphetamine Sulfate Oral Tab 10 MG  
Dextroamphetamine Sulfate Oral Tab 5 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Arteriosclerosis avanzada. Enfermedad cardiovascular sintomática. Hipertensión moderada a severa. Hipertiroidismo. Conocida hipersensibilidad o idiosincrasia a las aminas simpaticomiméticas. Glaucoma. Estados agitados. Historial de abuso de drogas. En terapia durante o dentro de los 14 días posteriores a la administración de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI).

**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

## **AFINITOR**

---

### **Medicamentos**

Afinitor Disperz Oral Tablet Soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg

Afinitor Oral Tablet 10 mg

Everolimus Oral Tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Tumores carcinoides funcionales.

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Urólogo, Neurólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## AIMOVIG

---

### **Medicamentos**

Aimovig Subcutaneous Solution Auto-Injector 140 Mg/MI

Aimovig Subcutaneous Solution Auto-Injector 70 Mg/MI

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de migraña y el fármaco se utilizará como tratamiento preventivo. 2. Al menos 4 días de dolor de cabeza por migraña por mes (antes de iniciar un medicamento preventivo de migraña), Y probó y falló al menos 2 terapias de prevención estándar, cada una de una clase farmacológica diferente (anticonvulsivo, bloqueador beta o antidepresivo), Y cumple con uno de los siguientes criterios: 1. El paciente tuvo una eficacia inadecuada para ambas terapias profilácticas farmacológicas estándar, según el médico que prescribe., O 2. El paciente ha experimentado eventos adversos lo suficientemente graves como para justificar la interrupción de ambas terapias profilácticas estándar, según al médico que prescribe., O 3. El paciente ha tenido una eficacia inadecuada para una terapia farmacológica profiláctica estándar y ha experimentado un evento adverso lo suficientemente grave como para justificar la interrupción de otra terapia farmacológica profiláctica estándar, según el médico que prescribe.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Neurólogo, especialista en dolor de cabeza o especialista en manejo del dolor.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **ALECENSA**

---

### **Medicamentos**

Alecensa Oral Capsule 150mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico positivo para linfoma anaplásico (ALK), según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA. 2. Prueba de función hepática (ALT, AST).

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ALUNBRIG**

---

### **Medicamentos**

Alunbrig Oral Tablet 30 Mg, 90 Mg, 180 Mg  
Alunbrig Oral Tablet Therapy Pack 90 & 180 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico de linfoma quinasa anaplásico (ALK) positivo, según lo detectado 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**

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D.

## **AMPYRA**

---

### **Medicamentos**

Dalfampridine Oral Tablet ER 10mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 del caminar ha mejorado desde el comienzo de terapia.

## **ESTEROIDES ANABÓLICOS**

---

### **Medicamentos**

Anadrol-50 Oral Tablet 50 mg

Oxandrolone Oral Tablet 2.5mg, 10 mg,

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

1. Calcio sérico, 2. LFT.

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

6 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ANDRODERM**

---

### **Medicamentos**

Androderm Transdermal Patch 24 Hour 2 mg/24 hr, 4 mg/24 hr

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## ANTINEOPLÁSICOS

---

### **Medicamentos**

Bosulif Oral Tablet 100 mg, 400 mg, 500 mg  
Cometriq (60 mg Daily Dose) Kit 20 mg Oral  
Cometriq (100 mg Daily Dose) Kit 1 X 80 & 1 X 20 mg Oral  
Cometriq (140 mg Daily Dose) Kit 1 X 80 & 3 X 20 mg Oral  
Eriedge Oral Capsule 150 mg  
Gilotrif Oral Tablet 20 mg, 30 mg, 40 mg  
Inlyta Oral Tablet 1 mg, 5 mg  
Mekinist Oral Tablet 0.5 mg, 2 mg  
Onureg Oral Tablet 200 Mg, 300 Mg  
Pomalyst Oral Capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg  
Soltamox Oral Solution 10 mg/5 ml  
Stivarga Oral Tablet 40 mg  
Synribo Solution Reconstituted 3.5 mg Subcutaneous  
Tafinlar Oral Capsule 50 mg, 75 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **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

Abilify Maintena Prefilled Syringe Intramuscular 300 mg, 400 mg  
Abilify Maintena Suspension Intramuscular ER 300 mg, 400 mg  
Aristada Inicio Prefilled Syringe Intramuscular 675 mg/2.4ml  
Aristada Prefilled Syringe 441 mg/1.6ml, 662 mg/2.4ml, 882 mg/3.2ml, 1064 mg/3.9 ml  
Caplyta Oral Capsule 42 Mg  
Fanapt Titration Pack  
Fanapt Oral Tablet 1 mg, 2 mg, 4, mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg  
Geodon Solution Intramuscular 20 mg  
Invega Sustenna 39 mg/0.25ml, 78 mg/0.5ml, 117 mg/0.75ml, 156mg/ml, 234 mg/1.5ml  
Invega Trinza Prefilled Syringe 273 mg/0.875ml, 410 mg/1.315ml, 546 mg/1.75ml, 819 mg/2.625ml  
Latuda Oral Tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 120 mg  
Perseris Prefilled Syringe Subcutaneous 90mg, 120 mg  
Rexulti Oral Tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg  
Risperdal Consta Suspension Intramuscular 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg  
Saphris Tablet Sublingual 2.5 mg, 5 mg, 10 mg  
Secuado Transdermal Patch 24 Hour 3.8 Mg/24hr, 5.7 Mg/24hr, 7.6 Mg/24hr  
Vraylar Oral Capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg  
Vraylar Oral Capsule Therapy Pack 1.5 & 3 Mg

### Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

### 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 Oral Tablet 200 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico. Para el tratamiento de convulsiones de comienzo parcial.

### **Restricción de Edad**

4 años o más.

### **Restricción de Médico**

Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



**Medicamentos**

Arcalyst Solution Reconstituted 220 mg Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS), incluido el síndrome autoinflamatorio familiar por frío (FCAS) y el síndrome de Muckle-Wells (MWS). 2. PPD (-)

**Restricción de Edad**

12 años o más.

**Restricción de Médico**

Inmunólogo, Alergista, Dermatólogo, Reumatólogo o 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.

## **AYVAKIT**

---

### **Medicamentos**

Ayvakit Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 300 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) no resecable o metastásico que alberga una mutación del exón 18 del receptor de factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa (PDGFRA), incluidas las mutaciones PDGFRA D842V.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **BALVERSA**

---

### **Medicamentos**

Balversa Oral Tablet 3 mg, 4 mg, 5 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de carcinoma urotelial metastático o localmente avanzado que tiene: a) Alteraciones genéticas FGFR3 o FGFR2 susceptibles y b) progresó durante o después de al menos una línea de quimioterapia previa que contenía platino, incluso dentro de los 12 meses posteriores a la quimioterapia neoadyuvante o adyuvante que contiene platino.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **BANZEL**

---

### **Medicamentos**

Rufinamide Oral Suspension 40 mg/ml  
Banzel Oral Tablet 200 mg, 400 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Síndrome de QT corto familiar.

### **Información Médica Requerida**

Peso

### **Restricción de Edad**

1 año 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 Tablet 0.5 mg, 1mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de infección crónica por el virus de la hepatitis B con evidencia de replicación viral activa y evidencia de elevaciones persistentes en las aminotransferasas séricas (ALT o AST) o enfermedad histológicamente activa.

### **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

## BEERS

---

### Medicamentos

Amitriptyline Oral Tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg  
Benztrapine Mesylate Oral Tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg  
Clomipramine Oral Capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg  
Clorazepate Dipotassium Oral Tablet 3.75 mg, 7.5 mg, 15 mg  
Cyproheptadine HCl Oral Syrup 2 mg/5ml  
Cyproheptadine HCl Oral Tablet 4 mg  
Desipramine HCl Oral Tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg  
Diazepam Oral Concentrate 5 mg/ml  
Diazepam Oral Solution 5 mg/5ml  
Diazepam Oral Tablet 2 mg, 5 mg, 10 mg  
Dicyclomine Oral Capsule 10 mg  
Dicyclomine Oral Solution 10 mg/5ml  
Dicyclomine Oral Tablet 20 mg  
Digitek Oral Tablet 250 mcg  
Digox Oral Tablet 250 MCG  
Digoxin Oral Solution 0.05 mg/ml  
Digoxin Oral Tablet 250 mcg  
Diphenoxylate-Atropine Oral Liquid 2.5-0.025 mg/5ml  
Diphenoxylate-Atropine Oral Tablet 2.5-0.025 mg  
Doxepin HCl Oral Capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg  
Doxepin HCl Oral Concentrate 10 mg/ml  
Estradiol Patch Weekly 0.025 MG/24HR Transdermal  
Estradiol Patch Weekly 0.0375 MG/24HR Transdermal  
Estradiol Patch Weekly 0.05 MG/24HR Transdermal  
Estradiol Patch Weekly 0.06 MG/24HR Transdermal  
Estradiol Patch Weekly 0.075 MG/24HR Transdermal  
Estradiol Patch Weekly 0.1 MG/24HR Transdermal  
Estradiol Oral Tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg  
Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 mg-mcg  
Fyavolv Oral Tablet 1-5 mg-mcg  
Guanfacine Oral Tablet 1 mg, 2 mg  
Guanfacine Oral Tablet ER 24HR 1 mg, 2mg, 3 mg, 4 mg  
Imipramine Oral Tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg  
Imipramine Pamoate Oral Capsule 75 mg, 100 mg, 125 mg, 150 mg  
Megestrol Acetate Oral Suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml  
Megestrol Acetate Oral Tablet 20 mg, 40 mg  
Menest Oral Tablet 0.3 mg, 0.625 mg, 1.25 mg  
Nortriptyline HCl Oral Capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg  
Nortriptyline HCl Oral Solution 10 mg/5ml  
Paroxetine HCL Oral Tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg  
Paroxetine HCl Tablet ER 24HR 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg  
Perphenazine-Amitriptyline Oral Tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg  
Phenobarbital Oral Elixir 20 mg/5ml  
Phenobarbital Oral Tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg, 100 mg  
Premarin Oral Tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg  
Prempro Oral Tablet 0.3-1.5 mg, 0.45-1.5 mg, 0.625-2.5 mg, 0.625-5 mg  
Promethazine HCl Oral Tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg

Protriptyline HCl Oral Tablet 5 mg, 10 mg  
Scopolamine Transdermal Patch 72 Hour 1 MG/3DAYS  
Thioridazine HCl Oral Tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg  
Thiothixene Oral Capsule 1mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg  
Trihexyphenidyl Hcl Oral Elixir 0.4 Mg/MI  
Trihexyphenidyl HCl Oral Tablet 2 MG, 5 MG  
Trimipramine Maleate Oral Capsule 25 MG, 50 MG, 100 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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. TCA: nortriptyline, desipramine, dosis bajas de doxepin, trazodone. Para Depresión: SSRI, SNRI; mirtazapine, bupropion, duloxetine, pregabalin, gabapentin. Espasmo gastrointestinal: glycopyrrolate. En los casos en que una alternativa de medicamentos que no sea de alto riesgo no esté disponible o indicación no esté incluida en este criterio la preautorización será aprobada si el médico provee certificación de que el beneficio en utilizar el medicamento de alto riesgo es mayor que el riesgo de utilizar medicamentos de alto riesgo en personas de 65 años o mayores.

## **BENLYSTA**

---

### **Medicamentos**

Benlysta Solution Auto-injector 200 MG/ML Subcutaneous

Benlysta Solution Prefilled Syringe 200 MG/ML Subcutaneous

### **Pendiente de revisión por CMS**



# BRIVIACT

---

## **Medicamentos**

Briviact Oral Solution 10 mg/ml

Briviact Oral Tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

4 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# BRUKINSA

---

**Medicamentos**

Brukinsa Oral Capsule 80 Mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de linfoma de células del manto (MCL). 2. El paciente ha recibido al menos una terapia previa.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **BUPHENYL**

---

### **Medicamentos**

Sodium Phenylbutyrate Oral Powder 3 GM/TSP

Sodium Phenylbutyrate Oral Tablet 500 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Hiperamonemia aguda (no utilizar para el manejo de emergencias).

### **Información Médica Requerida**

BSA

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## MEDICAMENTOS B VS D

---

### Medicamentos

Abelcet Suspension 5 Mg/ml Intravenous  
Acetylcysteine Solution 10 % Inhalation  
Acetylcysteine Solution 20 % Inhalation  
Acyclovir Sodium Solution 50 Mg/ml Intravenous  
Albuterol Sulfate Nebulization Solution (2.5 Mg/3ml) 0.083% Inhalation  
Albuterol Sulfate Nebulization Solution (5 Mg/ml) 0.5% Inhalation  
Albuterol Sulfate Nebulization Solution 0.63 Mg/3ml Inhalation  
Albuterol Sulfate Nebulization Solution 1.25 Mg/3ml Inhalation  
Ambisome Suspension Reconstituted 50 Mg Intravenous  
Aminosyn-PF Solution 7 % Intravenous  
Amphotericin B Solution Reconstituted 50 Mg Intravenous  
Ampicillin Sodium Solution Reconstituted 1 Gm Injection  
Ampicillin Sodium Solution Reconstituted 10 Gm Intravenous  
Ampicillin Sodium Solution Reconstituted 125 Mg Injection  
Ampicillin-Sulbactam Sodium Solution Reconstituted 1.5 (1-0.5) Gm Injection  
Ampicillin-Sulbactam Sodium Solution Reconstituted 15 (10-5) Gm Injection  
Ampicillin-Sulbactam Sodium Solution Reconstituted 3 (2-1) Gm Injection  
Aprepitant Oral Capsule 125 Mg  
Aprepitant Oral Capsule 40 Mg  
Aprepitant Oral Capsule 80 & 125 Mg  
Aprepitant Oral Capsule 80 Mg  
Azathioprine Oral Tablet 50 Mg  
Bivigam Solution 5 Gm/50ml Intravenous  
Budesonide Suspension 0.25 Mg/2ml Inhalation  
Budesonide Suspension 0.5 Mg/2ml Inhalation  
Budesonide Suspension 1 Mg/2ml Inhalation  
Calcitriol Oral Solution 1 Mcg/ml  
Caspofungin Acetate Solution Reconstituted 50 Mg Intravenous  
Caspofungin Acetate Solution Reconstituted 70 Mg Intravenous  
Cefoxitin Sodium Solution Reconstituted 1 Gm Intravenous  
Cefoxitin Sodium Solution Reconstituted 10 Gm Injection  
Cefoxitin Sodium Solution Reconstituted 2 Gm Intravenous  
Cefuroxime Sodium Solution Reconstituted 1.5 Gm Intravenous  
Cefuroxime Sodium Solution Reconstituted 7.5 Gm Injection  
Cefuroxime Sodium Solution Reconstituted 750 Mg Injection  
Cinacalcet Hcl Oral Tablet 30 Mg  
Cinacalcet Hcl Oral Tablet 60 Mg  
Cinacalcet Hcl Oral Tablet 90 Mg  
Clinimix/Dextrose (4.25/10) Solution 4.25 % Intravenous  
Clinimix/Dextrose (4.25/5) Solution 4.25 % Intravenous  
Clinimix/Dextrose (5/15) Solution 5 % Intravenous  
Clinimix/Dextrose (5/20) Solution 5 % Intravenous  
Colistimethate Sodium (Cba) Solution Reconstituted 150 Mg Injection  
Cromolyn Sodium Nebulization Solution 20 Mg/2ml Inhalation  
Cyclophosphamide Oral Capsule 25 Mg  
Cyclophosphamide Oral Capsule 50 Mg  
Cyclosporine Oral Capsule 100 Mg

Cyclosporine Oral Capsule 25 Mg  
Cyclosporine Modified Oral Capsule 100 Mg  
Cyclosporine Modified Oral Capsule 25 Mg  
Cyclosporine Modified Oral Capsule 50 Mg  
Cyclosporine Modified Oral Solution 100 Mg/MI  
Depo-Provera Suspension 400 Mg/MI Intramuscular  
Diphtheria-Tetanus Toxoids Dt Suspension 25-5 Lfu/0.5ml Intramuscular  
Dronabinol Oral Capsule 10 Mg  
Dronabinol Oral Capsule 2.5 Mg  
Dronabinol Oral Capsule 5 Mg  
Emend Oral Suspension Reconstituted 125 Mg  
Engerix-B Suspension 10 Mcg/0.5ml Injection  
Engerix-B Suspension 20 Mcg/MI Injection  
Erythrocine Lactobionate Solution Reconstituted 500 Mg Intravenous  
Everolimus Oral Tablet 0.25 Mg  
Everolimus Oral Tablet 0.5 Mg  
Everolimus Oral Tablet 0.75 Mg  
Fluconazole in Sodium Chloride Solution 200-0.9 Mg/100ml-% Intravenous  
Fluconazole in Sodium Chloride Solution 400-0.9 Mg/200ml-% Intravenous  
Freemine Hbc Solution 6.9 % Intravenous  
Gammagard S/D Less Iga Solution Reconstituted 10 Gm Intravenous  
Gammagard S/D Less Iga Solution Reconstituted 5 Gm Intravenous  
Gammagard Solution 2.5 Gm/25ml Injection  
Gammaplex Solution 10 Gm/100ml Intravenous  
Gammaplex Solution 10 Gm/200ml Intravenous  
Gammaplex Solution 20 Gm/200ml Intravenous  
Gammaplex Solution 5 Gm/50ml Intravenous  
Gamunex-C Solution 1 Gm/10ml Injection  
Gengraf Oral Capsule 100 Mg  
Gengraf Oral Capsule 25 Mg  
Gengraf Oral Solution 100 Mg/MI  
Granisetron Hcl Oral Tablet 1 Mg  
Heparin Sodium (Porcine) Solution 1000 Unit/MI Injection  
Heparin Sodium (Porcine) Solution 10000 Unit/MI Injection  
Heparin Sodium (Porcine) Solution 20000 Unit/MI Injection  
Heparin Sodium (Porcine) Solution 5000 Unit/MI Injection  
Hepatamine Solution 8 % Intravenous  
Hydromorphone Hcl Pf Solution 10 Mg/MI Injection  
Hydromorphone Hcl Pf Solution 50 Mg/5ml Injection  
Imipenem-Cilastatin Solution Reconstituted 250 Mg Intravenous  
Imipenem-Cilastatin Solution Reconstituted 500 Mg Intravenous  
Intralipid Emulsion 20 % Intravenous  
Intralipid Emulsion 30 % Intravenous  
Ipratropium Bromide Solution 0.02 % Inhalation  
Ipratropium-Albuterol Solution 0.5-2.5 (3) Mg/3ml Inhalation  
Levalbuterol Hcl Nebulization Solution 0.31 Mg/3ml Inhalation  
Levalbuterol Hcl Nebulization Solution 0.63 Mg/3ml Inhalation  
Levalbuterol Hcl Nebulization Solution 1.25 Mg/0.5ml Inhalation  
Levalbuterol Hcl Nebulization Solution 1.25 Mg/3ml Inhalation  
Levocarnitine Oral Solution 1 Gm/10ml

Lidocaine Hcl Urethral/Mucosal Gel 2 % External  
Lidocaine Ointment 5 % External  
Lidocaine-Prilocaine Cream 2.5-2.5 % External  
Methotrexate Sodium (Pf) Solution 50 Mg/2ml Injection  
Methotrexate Sodium Solution 50 Mg/2ml Injection  
Methotrexate Oral Tablet 2.5 Mg  
Mycophenolate Mofetil Oral Capsule 250 Mg  
Mycophenolate Mofetil Oral Suspension Reconstituted 200 Mg/MI  
Mycophenolate Mofetil Oral Tablet 500 Mg  
Mycophenolate Sodium Oral Tablet Delayed Release 180 Mg  
Mycophenolate Sodium Oral Tablet Delayed Release 360 Mg  
Nafcillin Sodium Solution Reconstituted 1 Gm Injection  
Nafcillin Sodium Solution Reconstituted 10 Gm Intravenous  
Nafcillin Sodium Solution Reconstituted 2 Gm Injection  
Neoral Oral Capsule 100 Mg  
Neoral Oral Capsule 25 Mg  
Neoral Oral Solution 100 Mg/MI  
Nephramine Solution 5.4 % Intravenous  
Nutralipid Emulsion 20 % Intravenous  
Octreotide Acetate Solution 100 Mcg/MI Injection  
Octreotide Acetate Solution 1000 Mcg/MI Injection  
Octreotide Acetate Solution 200 Mcg/MI Injection  
Octreotide Acetate Solution 50 Mcg/MI Injection  
Octreotide Acetate Solution 500 Mcg/MI Injection  
Ondansetron Hcl Oral Solution 4 Mg/5ml  
Ondansetron Hcl Oral Tablet 24 Mg  
Ondansetron Hcl Oral Tablet 4 Mg  
Ondansetron Hcl Oral Tablet 8 Mg  
Ondansetron Oral Tablet Dispersible 4 Mg  
Ondansetron Oral Tablet Dispersible 8 Mg  
Paricalcitol Oral Capsule 1 Mcg  
Paricalcitol Oral Capsule 2 Mcg  
Paricalcitol Oral Capsule 4 Mcg  
Pentamidine Isethionate Inhalation Solution Reconstituted 300 Mg  
Pentamidine Isethionate Injection Solution Reconstituted 300 Mg  
Perforomist Nebulization Solution 20 Mcg/2ml Inhalation  
Polymyxin B Sulfate Solution Reconstituted 500000 Unit Injection  
Premasol Solution 10 % Intravenous  
Privigen Solution 20 Gm/200ml Intravenous  
Procalamine Solution 3 % Intravenous  
Prograf Oral Packet 0.2 Mg  
Prograf Oral Packet 1 Mg  
Prosol Solution 20 % Intravenous  
Pulmozyme Solution 1 Mg/MI Inhalation  
Recombivax Hb Suspension 10 Mcg/MI Injection  
Recombivax Hb Suspension 10 Mcg/MI Injection (1ml Syringe)  
Recombivax Hb Suspension 40 Mcg/MI Injection  
Recombivax Hb Suspension 5 Mcg/0.5ml Injection  
Sandimmune Solution 100 Mg/MI Oral  
Sirolimus Oral Solution 1 Mg/MI

Sirolimus Oral Tablet 0.5 Mg  
Sirolimus Oral Tablet 1 Mg  
Sirolimus Oral Tablet 2 Mg  
Somatuline Depot Solution 120 Mg/0.5ml Subcutaneous  
Somatuline Depot Solution 60 Mg/0.2ml Subcutaneous  
Somatuline Depot Solution 90 Mg/0.3ml Subcutaneous  
Tacrolimus Oral Capsule 0.5 Mg  
Tacrolimus Oral Capsule 1 Mg  
Tacrolimus Oral Capsule 5 Mg  
Tdvax Suspension 2-2 Lf/0.5ml Intramuscular  
Teflaro Solution Reconstituted 400 Mg Intravenous  
Teflaro Solution Reconstituted 600 Mg Intravenous  
Tenivac Injectable 5-2 Lfu Intramuscular  
Tobramycin Nebulization Solution 300 Mg/5ml Inhalation  
Tobramycin Sulfate Solution 10 Mg/MI Injection  
Tobramycin Sulfate Solution 80 Mg/2ml Injection  
TPN Electrolytes Solution Intravenous  
Travasol Solution 10 % Intravenous  
Trophamine Solution 10 % Intravenous  
Zortress Oral Tablet 1 Mg

**Indicaciones**

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.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Ninguna

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta**

N/A

**Otros Criterios**

Ninguno

# CABOMETYX

---

**Medicamentos**

Cabometyx Oral Tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguna

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de: 1) carcinoma avanzado de células renales O, 2) carcinoma hepatocelular (CHC) previamente tratado con sorafenib.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Oncólogo, Hematólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno



# CALQUENCE

---

**Medicamentos**

Calquence Oral Capsule 100 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguna

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes, a) Linfoma de células del manto (MCL) que ha recibido al menos una terapia previa, O b) Leucemia linfocítica crónica (CLL) o linfoma linfocítico pequeño (SLL).

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## CARBAGLU

---

### **Medicamentos**

Carbaglu Oral Tablet 200 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de: 1) Hiperamonemia aguda por deficiencia de la enzima hepática N-acetilglutamato sintasa (NAGS), como terapia adyuvante O 2) Hiperamonemia crónica por deficiencia de la enzima hepática N-acetilglutamato sintasa, como terapia de mantenimiento.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Cayston Solution Reconstituted 75 MG Inhalation

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguna

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de Pseudomonas aeruginosa en pacientes con fibrosis quística.

**Restricción de Edad**

Fibrosis quística: 7 años y mayores.

**Restricción de Médico**

Neumólogo o Especialista en Enfermedades Infecciosas.

**Duración de Cubierta**

3 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

# CHANTIX

---

## **Medicamentos**

Chantix Continuing Month Pak Oral Tablet 1 MG

Chantix Starting Month Pak Oral Tablet 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42

Chantix Oral Tablet 0.5 MG, 1 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Ninguna

## **Restricción de Edad**

17 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Evidencia de fallo terapéutico a bupropion.

## **CHLORZOXAZONE-BEERS**

---

### **Medicamentos**

Chlorzoxazone Oral Tablet 500 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico 2. Certificación del médico de que él/ella ha evaluado el riesgo versus el beneficio al usar este medicamento de alto riesgo (HRM) y aún le gustaría iniciar/continuar la terapia.

### **Restricción de Edad**

La preautorización solo 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**

El médico ha evaluado el riesgo versus el beneficio al usar este medicamento de alto riesgo (HRM) y ha confirmad/certificado que aún le gustaría iniciar/continuar la terapia.

# CHOLBAM

---

## **Medicamentos**

Cholbam Oral Capsule 50 MG, 250 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Manifestaciones extrahepáticas de los trastornos de la síntesis de ácidos biliares debidos a defectos enzimáticos únicos SED o trastornos de los peroxisomas PD incluyendo trastornos de Zellwegerspectrum. Disfunción hepática.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: El paciente debe tener UNO de los siguientes: A. Trastorno de la síntesis de ácido biliar debido a defectos enzimáticos únicos (DEE) o B. Trastorno peroxisomal (EP), incluidos los trastornos del espectro de Zellweger, como tratamiento coadyuvante. 2. El diagnóstico se confirmó mediante espectrometría de masas u otras pruebas bioquímicas o pruebas genéticas. 3. Resultados basales de AST, ALT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina e INR. 4. Peso del paciente.

## **Restricción de Edad**

3 semanas de edad o mayores.

## **Restricción de Médico**

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

## **Duración de Cubierta**

Inicio: 3 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.

## COPIKTRA

---

### **Medicamentos**

Copiktra Oral Capsule 15 MG, 25 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Leucemia linfocítica crónica (CLL) recurrente o refractaria o linfoma linfocítico pequeño (SLL) después de al menos dos terapias anteriores. 2. Linfoma folicular (FL) recurrente o refractario después de al menos dos terapias sistémicas anteriores.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **CORLANOR**

---

### **Medicamentos**

Corlanor Oral Tablet 5 MG, 7.5 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

1. Insuficiencia cardíaca aguda descompensada. 2. Hipotensión clínicamente significativa. 3. Síndrome del seno enfermo, bloqueo sinoauricular o bloqueo AV de tercer grado, a menos que esté presente un marcapasos a demanda en funcionamiento. 4. Bradicardia clínicamente significativa, 5. combinación con inhibidores potentes del citocromo CYP3A4, 6. insuficiencia hepática grave (Child-Pugh C), 7. frecuencia cardíaca mantenida exclusivamente por el marcapasos.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica sintomática y estable con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual al 35%, que están en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 70 latidos por minuto y que están en dosis máximas de betabloqueantes toleradas o tienen una contraindicación al uso de bloqueadores beta. Debe recibir una terapia óptima con tratamiento estándar de IECA o BRA a menos que sea intolerante o esté contraindicado O el diagnóstico de insuficiencia cardíaca sintomática estable debido a miocardiopatía dilatada en pacientes pediátricos.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Cardiólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



# COTELLIC

---

**Medicamentos**

Cotellic Oral Tablet 20 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: melanoma no resecable o metastásico con una mutación BRAF V600E o V600K, en combinación con vemurafenib. 2. Prueba genética: presencia de mutación BRAF V600E o V600K en muestras de tumores. 3. LVEF.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **CYCLOBENZAPRINE-BEERS**

---

### **Medicamentos**

Cyclobenzaprine HCl Oral Tablet 5 MG, 7.5 MG, 10 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 o 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.

## DAURISMO

---

### **Medicamentos**

Daurismo Oral Tablet 25 MG, 100 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML) recién diagnosticada, para ser usada en combinación con citarabina en dosis bajas, para el tratamiento de pacientes que tienen 75 años o más de edad o que tienen comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva.

### **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.

## **DEMEROL INJ. MEPERIDINE INJ.**

---

### **Medicamentos**

Meperidine HCl Injection Solution 25 MG/ML, 50 MG/ML

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Para el manejo del dolor moderado a severo: depresión respiratoria significativa, asma bronquial aguda o severa en un entorno no monitoreado o en ausencia de equipo de reanimación, obstrucción gastrointestinal conocida o sospechada, incluido íleo parálítico.

### **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 dolor moderado a severo, haber fallado a tratamiento o presentado efecto adverso a dos (2) medicamentos opioides de corta duración disponibles en formulario. 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) secundaria a la acumulación del metabolito de meperidina, normeperidina.

## **DIACOMIT**

---

### **Medicamentos**

Diacomit Oral Capsule 250 Mg, 500 Mg

Diacomit Oral Packet 250 Mg, 500 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Monoterapia

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet en pacientes que toman clobazam.

### **Restricción de Edad**

2 años o más

### **Restricción de Médico**

Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# MEDICAMENTOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

---

## Medicamentos

Humira Pediatric Crohn's Start Prefilled Syringe Kit 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML Subcutaneous  
Humira Pediatric Crohn's Start Prefilled Syringe Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous  
Humira Pen-Injector Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous  
Humira Pen-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous  
Humira Pen-Injector Kit 80 Mg/0.8ml Subcutaneous  
Humira Pen-CD/UC/HS Starter Pen-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous  
Humira Pen-CD/UC/HS Starter Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous  
Humira Pen-Ps/UV/Adol HS Start Pen-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous  
Humira Pen-Ps/UV/Adol HS Start Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 10 MG/0.1ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 10 MG/0.2ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 20 MG/0.2ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 20 MG/0.4ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## 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 Metotrexate (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), hidroxiclороquina, 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, hidroxiclороquina, 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).
4. 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).

## **DRIZALMA**

---

### **Medicamento**

Drizalma Sprinkle Oral Capsule Delayed Release 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg, 60 Mg

### **Indicaciones**

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

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Dolor por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia.

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico, 2. El paciente ha usado previamente cápsulas de duloxetine o no puede tragar las cápsulas de duloxetine.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **ENBREL**

---

### **Medicamento**

Enbrel Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 25 MG/0.5ML  
Enbrel Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 50 MG/ML  
Enbrel Subcutaneous Solution Reconstituted 25 MG  
Enbrel SureClick Subcutaneous Solution Auto-injector 50 MG/ML  
Enbrel Mini subcutaneous solution cartridge 50 mg/ml  
Enbrel Subcutaneous Solution 25 Mg/0.5ml

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Infección seria activa (incluida la tuberculosis).

### **Información Médica Requerida**

El diagnóstico de artritis reumatoide moderada a severa y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológica (DMARDs) O el diagnóstico de artritis idiopática juvenil poliarticular moderada a severa y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológica (DMARDs) O El diagnóstico de artritis psoriásica y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al methotrexate O El diagnóstico de espondilitis anquilosante y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más NSAIDs O Diagnóstico de psoriasis en placas crónica moderada a severa (que afecta a más del 5% del área de la superficie corporal o afecta a áreas cruciales del cuerpo como las manos, pies, cara o genitales) y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a la terapia convencional con al menos uno de los siguientes: fototerapia y/o retinoides o uno o más tratamientos orales sistémicos (p. ej. methotrexate, cyclosporine, acitretin, sulfasalazine).

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

AR (inicial), PJIA (inicial), AS (inicial): recetado por o en consulta con un reumatólogo. PsA (Inicial): recetado por o en consulta con un reumatólogo o dermatólogo. Psoriasis en placa (inicial): recetada por o en consulta con un dermatólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

El paciente ha sido examinado para detectar tuberculosis y la tuberculosis latente ha sido descartada o está siendo tratada.

# ENTRESTO

---

## **Medicamento**

Entresto Oral Tablet 24-26 MG  
Entresto Oral Tablet 49-51 MG  
Entresto Oral Tablet 97-103 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes, a) Insuficiencia cardíaca crónica (Clase II-IV de la NYHA) y fracción de eyección reducida Y el paciente está recibiendo terapia concomitante con otras terapias para la insuficiencia cardíaca y se usará en lugar de un inhibidor de la ACE u otro ARB, O b) Insuficiencia cardíaca sintomática con disfunción sistólica sistémica del ventrículo izquierdo.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Cardiólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## EPCLUSA

---

### **Medicamento**

Epclusa Oral Tablet 400-100 MG

Epclusa Oral Tablet 200-50 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 Cirrosis

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

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

### **Duración de Cubierta**

12 semanas

### **Otros Criterios**

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

## **EPIDIOLEX**

---

### **Medicamento**

Epidiolex Oral Solution 100 MG/ML

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut, el síndrome de Dravet o el complejo de esclerosis tuberosa.

### **Restricción de Edad**

1 año o más

### **Restricción de Médico**

Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ERLEADA**

---

### **Medicamento**

Erleada Oral Tablet 60 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes cánceres de próstata, a) Resistente a la castración no metastásico  
O b) Sensible a la castración metastásico.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo o Urólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ESTIMULANTES DE ERITROCITOS**

---

### **Medicamentos**

Retacrit Solution 2000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 3000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 4000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 10000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 20000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 40000 UNIT/ML Injection

### **Indicaciones**

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

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Anemia relacionada a insuficiencia cardíaca congestiva. Anemia por radiación. Anemia durante el puerperio. Anemia - Hepatitis C, en pacientes tratados con una combinación de ribavirina e interferón alfa o ribavirina y peginterferón alfa. Anemia relacionada con mieloma de Múltiple. Anemia relacionada al síndrome mielodisplásico. Anemia relacionada a mielofibrosis. Anemia del prematuro. Anemia relacionada a artritis reumatoide. Anemia relacionada a talasemia.

### **Criterios de Exclusión**

Hipertensión no controlada

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes, a. Anemia debida a enfermedad renal crónica (CKD) en pacientes en diálisis y no en diálisis O anemia debida a tozidovudine en pacientes con infección por VIH O anemia debida a los efectos de la quimioterapia mielosupresora concomitante, y al inicio, hay un mínimo de dos meses adicionales de quimioterapia planificada. O b. Reducción de transfusiones de glóbulos rojos alogénicos en pacientes sometidos a cirugía electiva, no cardíaca y no vascular. 2. Nivel de hemoglobina

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **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 transferina debe ser al menos del 20%, y la ferritina debe ser de al menos 100 ng / mL.

**Medicamento**

Esbriet Oral Capsule 267 MG

Esbriet Oral Tablet 267 MG, 801 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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.

## EXJADE

---

### **Medicamentos**

Deferasirox Oral Tablet Soluble 125 MG

Deferasirox Oral Tablet Soluble 250 MG

Deferasirox Oral Tablet Soluble 500 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Neoplasias malignas avanzadas, recuentos de plaquetas inferiores a  $50 \times 10^9 / L$ , síndromes mielodisplásicos de alto riesgo, GFR inferior a 40 ml / min / 1,73 m<sup>2</sup>, pacientes con un estado funcional deficiente.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre O sobrecarga de hierro en síndromes de talasemia no dependiente de transfusiones (NTDT). Para sobrecarga de hierro transfusional: GFR, creatinina sérica por duplicado, transaminasas séricas (AST y ALT), bilirrubina, ferritina sérica, unidades de PRBC transfundidas, electrolitos séricos, análisis de orina. Para la sobrecarga de hierro en los síndromes de talasemia no dependientes de transfusiones: LIC de al menos 5 mg de Fe / g, ferritina sérica superior a 300 mcg / L, GFR, creatinina sérica por duplicado, transaminasas séricas (AST y ALT), bilirrubina, electrolitos séricos, análisis de orina.

### **Restricción de Edad**

Sobrecarga de hierro debido a transfusiones de sangre (inicial): 2 años o más. NTDT (inicial): 10 años o más

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



**Medicamentos**

Farydak Oral Capsule 10 MG

Farydak Oral Capsule 20 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

a. Diagnóstico, mieloma múltiple y todos los siguientes: 1. En combinación con bortezomib y dexametasona y, 2. El paciente ha recibido al menos 2 regímenes previos, incluido bortezomib y un agente inmunomodulador. (Bortezomib / ciclofosfamida / dexametasona, Bortezomib / dexametasona, Bortezomib / doxorubicina / dexametasona, Bortezomib / lenalidomida / dexametasona, Bortezomib / talidomida / dexametasona). si. Conteo sanguíneo completo (CBC). No inicie el tratamiento si el recuento basal de plaquetas es inferior a  $100 \times 10^9 / L$  o si el recuento basal absoluto de neutrófilos es inferior a  $1,5 \times 10^9 / L$ . Hb superior a 10 g / dl. C. ECG con interpretación antes del inicio de la terapia: No lo inicie si el QTc es superior a 450 msec o si existen anomalías del segmento ST o de la onda T. basales clínicamente significativas. re. Electrolitos séricos, incluidos potasio y magnesio.

**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 Citrate Lozenge on A Handle 200 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Lozenge on A Handle 400 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Lozenge on A Handle 600 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Lozenge on A Handle 800 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Lozenge on A Handle 1200 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Lozenge on A Handle 1600 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Tablet 100 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Tablet 200 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Tablet 400 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Tablet 600 MCG Buccal  
Fentanyl Citrate Tablet 800 MCG Buccal  
Fentanyl Patch 72 Hour 12 MCG/HR Transdermal  
Fentanyl Patch 72 Hour 25 MCG/HR Transdermal  
Fentanyl Patch 72 Hour 50 MCG/HR Transdermal  
Fentanyl Patch 72 Hour 75 MCG/HR Transdermal  
Fentanyl Patch 72 Hour 100 MCG/HR Transdermal

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Criterios de Exclusión

Asma bronquial aguda o grave, obstrucción gastrointestinal conocida o sospechada, incluido íleo paralítico, depresión respiratoria significativa. Dolor agudo o intermitente, dolor posoperatorio, dolor leve. Pacientes no tolerantes a opioides.

## Información Médica Requerida

Ninguna

## Restricción de Edad

Ninguno

## Restricción de Médico

Para Fentanyl OTF: Oncólogos y Especialistas de Dolor.

## Duración de Cubierta

Inicio: 3 meses. Continuación: 6 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 Solution 100 MG/ML

Ferriprox Oral Tablet 1000 MG

Deferiprone Oral Tablet 500 Mg

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de sobrecarga de hierro transfusional por síndromes 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 Solution 300 MCG/ML Injection  
Neupogen Solution 480 MCG/1.6ML Injection  
Neupogen Solution Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML Injection  
Neupogen Solution Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML Injection  
Nivestym Solution 300 MCG/ML Injection  
Nivestym Solution 480 MCG/1.6ML Injection  
Nivestym Solution Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML Injection  
Nivestym Solution Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML Injection

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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**

Sujeto a revisión BvsD.

# FINTEPLA

---

## **Medicamentos**

Fintepla Oral Solution 2.2 Mg/MI

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Dentro de los 14 días posteriores a la administración de inhibidores de la monoaminoxidasa debido a un mayor riesgo de síndrome serotoninérgico.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet. 2. Ecocardiograma.

## **Restricción de Edad**

2 años o más

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

El paciente está inscrito en el programa FINTEPLA REMS.

## **FIRAZYR**

---

### **Medicamentos**

Icatibant Acetate Subcutaneous Solution 30 Mg/3ml

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 Subcutaneous Solution 600 Mcg/2.4ml

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico, el paciente ha intentado y ha fallado dos bifosfonatos orales, T-score y aclaramiento de creatinina.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Endocrinólogos, Reumatólogos, Ortopedias, Ginecólogos

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Forteo puede ser aprobado para las indicaciones de osteoporosis cubiertas si el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: (a) ha probado y fallado dos bifosfonatos orales (por ejemplo, alendronato, ibandronato), con evidencia de uso previo en reclamos de farmacia o evidencia de historial médico o procesamiento de reclamos de farmacia a través de otro beneficio; (b) si el paciente tiene insuficiencia renal grave (p. ej., aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml / min) o enfermedad renal crónica; O (c) si el paciente tiene múltiples fracturas vertebrales en el contexto de puntuaciones T vertebrales inferiores a -2,5.



## **FYCOMPA**

---

### **Medicamentos**

Fycompa Oral Suspension 0.5 MG/ML

Fycompa Oral Tablet 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, 10 MG, 12 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de, 1. Monoterapia o terapia adyuvante para las convulsiones de inicio parcial con o sin convulsiones generalizadas secundarias en pacientes con epilepsia O 2. Terapia adyuvante para convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias.

### **Restricción de Edad**

Convulsiones de inicio parcial: 4 años y mayores; Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años y mayores.

### **Restricción de Médico**

Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Fallo al tratamiento de monoterapia con medicamentos antiepilépticos, con evidencia de uso anterior en reclamos de farmacia o evidencia de registro médico o procesamiento de reclamos de farmacia a través de otro beneficio.

**Medicamentos**

Gattex KIT 5 MG Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

El diagnóstico del síndrome del intestino corto Y del paciente depende del apoyo parenteral. Niveles basales de bilirrubina, fosfatasa alcalina, lipasa y amilasa en los 6 meses previos al inicio del tratamiento. Adultos: colonoscopia de todo el colon con extirpación de pólipos dentro de los 6 meses anteriores al inicio. Pacientes pediátricos: análisis de sangre oculta en heces seguido de colonoscopia / sigmoidoscopia para detectar sangre inexplicable en las heces dentro de los 6 meses anteriores al inicio.

**Restricción de Edad**

1 año 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.

# GAVRETO

---

**Medicamentos**

Gavreto Oral Capsule 100 Mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico metastásico reordenado durante la transfección (RET) con fusión positiva, detectado por una prueba aprobada por la FDA.

**Restricción de Edad**

12 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **GILENYA**

---

### **Medicamentos**

Gilenya Oral Capsule 0.5 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Infarto de miocardio (en los últimos 6 meses), angina inestable, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, insuficiencia cardiaca 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**

Glatiramer Acetate Solution Prefilled Syringe 40 MG/ML Subcutaneous  
Glatopa Solution Prefilled Syringe 40 MG/ML Subcutaneous

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguna

### **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 Flexpro Subcutaneous Solution 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML

### **Indicaciones**

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

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

HIV Wasting Syndrome.

### **Criterios de Exclusión**

Enfermedad crítica aguda, insuficiencia respiratoria aguda, enfermedad maligna activa, uso para la promoción del crecimiento en pacientes pediátricos con epífisis cerradas, pacientes pediátricos con síndrome de Prader-Willi que tienen obesidad severa, antecedentes de obstrucción de las vías respiratorias superiores o apnea del sueño o insuficiencia respiratoria grave y pacientes con retinopatía diabética no proliferativa activa o proliferativa 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, 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 / m<sup>2</sup> 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 o 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.

**Medicamentos**

Harvoni Oral Tablet 90-400 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Si se administra con ribavirin, también se aplican las contraindicaciones para ribavirin.

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico, 2. Genotipo y 3. Estado de tratamiento del paciente (sin tratamiento previo o con experiencia en el tratamiento) y 4. Clase Child Pugh.

**Restricción de Edad**

3 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 aplicarán de acuerdo con las guías de AASLD / IDSA más actualizadas.



## **HEPSERA**

---

### **Medicamentos**

Adefovir Dipivoxil Oral Tablet 10 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 Oral Capsule 20 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Trastorno de sueño y vigilia que no es de 24 horas (No de 24) O, 2) Trastornos del sueño durante la noche en el síndrome de Smith-Magenis (SMS) en pacientes de 16 años de edad o mayores.

**Restricción de Edad**

Para (No-24), 18 años de edad o más. Para (SMS), mayores de 16 años.

**Restricción de Médico**

Especialista en trastornos del sueño o Neurólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **HUMULIN R 500**

---

### **Medicamento**

Humulin R U-500 (Concentrated) Solution 500 UNIT/ML Subcutaneous  
Humulin R U-500 KwikPen Solution Pen-injector 500 UNIT/ML Subcutaneous

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Para uso de bomba de insulina.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de diabetes mellitus que requiere más de 200 unidades de insulina por día (conversión de insulinas U100 (principalmente régimen de análogos de bolo basal) a insulina regular concentrada U-500).

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **IBRANCE**

---

### **Medicamentos**

Ibrance Oral Capsule 75MG, 100 MG, 125 MG

Ibrance Oral Tablet 75MG, 100 MG, 125 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastático, del receptor de hormonas (HR) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo, en combinación con: un inhibidor de la aromatasa como tratamiento inicial basado en la endocrina en mujeres posmenopáusicas o en hombres O con fulvestrant en Pacientes con progresión de la enfermedad tras 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 Tablet 15 MG, 45 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Recién diagnosticado en fase crónica de la CML.

**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, T3151-positiva, acelerada o blástica.
- 3) Leucemia limfoblástica aguda, Cromosoma Philadelphia-Positivo; para la cual no esté indicada ninguna otra terapia de inhibidores de la quinasa de tirosina.
- 4) Leucemia limfoblástica aguda, Cromosoma Philadelphia-Positivo, T3151-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 Tablet 50 MG, 100 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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

# IMATINIB

---

## **Medicamentos**

Imatinib Mesylate Oral Tablet 100 MG, 400 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico para el que se utiliza Imatinib. Para indicaciones de CML y ALL, se debe informar el estado del cromosoma Filadelfia (Ph) de la leucemia. Los pacientes nuevos con CML y ALL que es Ph positivo pueden recibir autorización para Imatinib. 2. Pruebas de embarazo en mujeres en edad reproductiva antes del tratamiento.

## **Restricción de Edad**

1 año 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 ALL, paciente nuevo debe ser Ph- positivo para aprobación de imatinib.

# IMBRUVICA

---

## **Medicamentos**

Imbruvica Oral Capsule 70 MG, 140 MG

Imbruvica Oral Tablet 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico, 2. Clase Child-Pugh.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Oncólogo, Hematólogo, Especialista en Trasplantes.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno



# INBRIJA

---

**Medicamentos**

Inbrija Inhalation Capsule 42 Mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Pacientes que actualmente estén tomando un inhibidor no selectivo de la monoaminoxidasa (MAO) o que hayan tomado recientemente (últimas 2 semanas) un inhibidor no selectivo de MAO.

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson para el tratamiento intermitente de episodios OFF en pacientes tratados con carbidopa / levodopa.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Neurólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Para la renovación, el médico debe documentar el beneficio clínico positivo de la terapia que reduce el tiempo de los episodios OFF.

## **INCRELEX**

---

### **Medicamentos**

Increlex Solution 40 MG/4ML Subcutaneous

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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

**Medicamentos**

Inqovi Oral Tablet 35-100 Mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de síndromes mielodisplásicos (MDS), incluidos MDS tratados previamente y sin tratar, de novo y secundarios con los siguientes subtipos franco-americano-británico (anemia refractaria, anemia refractaria con sideroblastos anillados, anemia refractaria con exceso de blastos y leucemia mielomonocítica crónica [CMML]) e intermedio-1, intermedio-2 y grupos del Sistema Internacional de Puntuación de Pronóstico de alto riesgo.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo - Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## INREBIC

---

### **Medicamentos**

Inrebic Capsule 100 MG Oral

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Mielofibrosis: diagnóstico intermedio-2 o de alto riesgo primaria o secundaria (pospolicitemia vera o posttrombocitemia esencial) mielofibrosis.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **INTERFERON BETA-1B**

---

### **Medicamentos**

Betaseron KIT 0.3 MG Subcutaneous

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Ninguno Información Médica Requerida**

MRI.

### **Restricción de Edad**

18 años y mayores

### **Restricción de Médico**

Neurólogo o un Especialista en Esclerosis Múltiple.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# INTRON A

---

## **Medicamentos**

Intron A Solution 6000000 UNIT/ML Injection  
Intron A Solution 10000000 UNIT/ML Injection  
Intron A Solution Reconstituted 10000000 UNIT Injection  
Intron A Solution Reconstituted 18000000 UNIT Injection  
Intron A Solution Reconstituted 50000000 UNIT Injection

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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, Ginecólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

**Medicamentos**

Iressa Oral Tablet 250 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico: cáncer metastásico de pulmón microcítico (CPNM), cuyos tumores tienen el factor de crecimiento epidérmico (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 está en tratamiento con el medicamento.

## **JAKAFI**

---

### **Medicamentos**

Jakafi Oral Tablet 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

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

### **Otros Criterios**

Para continuación: documentación de respuesta clínica positiva a la terapia.



## **JUXTAPID**

---

### **Medicamentos**

Juxtapid Oral Capsule 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 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 ezetimibe. 2. Clase Child-Pugh.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Neumólogo 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. 2. REMS program - Pregnancy test in females of reproductive potential prior to initiation of therapy.

## **KALYDECO**

---

### **Medicamentos**

Kalydeco Oral Packet 25 MG, 50 MG, 75 MG

Kalydeco Oral Tablet 150 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de fibrosis quística (CF) la cual tiene una mutación 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 mutación de FQ autorizada por la FDA para detectar la presencia de una mutación CFTR seguido por una verificación bidireccional de secuencia cuando sea recomendado por la de prueba de mutación.

### **Restricción de Edad**

6 meses o más.

### **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).

**Medicamentos**

Kisqali 200 MG Dose Oral Tablet Therapy Pack

Kisqali 400 MG Dose Oral Tablet Therapy Pack

Kisqali 600 MG Dose Oral Tablet Therapy Pack

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de, a. Receptor hormonal (HR) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) negativo, cáncer de mama avanzado o metastásico, como terapia endocrina inicial en mujeres pre / perimenopáusicas o posmenopáusicas o b. En combinación con fulvestrant para el cáncer de mama avanzado o metastásico HR positivo, HER2 negativo o metastásico, como terapia endocrina inicial o después de la progresión de la enfermedad, en mujeres posmenopáusicas. 2. Evalúe el ECG antes de iniciar el tratamiento. Inicie el tratamiento solo en pacientes con QTcF <450 msec.

**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

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 Tablet 300 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo y lactancia. Paciente que requiere tratamiento concomitante con corticosteroides a largo plazo (por ejemplo, inmunosupresión para trasplante de órganos). Antecedentes de sangrado vaginal inexplicable. Hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial. Tomar simultáneamente simvastatina, lovastatina o un sustrato de CYP3A con un índice terapéutico estrecho (por ejemplo, ciclosporina, dihidroergotamina, ergotamina, fentanilo, pimozida, quinidina, sirolimus o tacrolimus).

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico del síndrome de Cushing's endógeno Y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a la glucosa Y el paciente tiene hiperglucemia secundaria a hipercortisolismo Y el paciente ha fallado o no es candidato para la cirugía. 2. El paciente ha fallado o ha sido intolerante a la terapia con inhibidores de la enzima suprarrenal. 3. El paciente ha fallado o ha sido intolerante a la terapia con un agente oral o inyectable para la diabetes mellitus tipo 2.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Endocrinólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Inscripción al programa REMS.

## **KOSELUGO**

---

### **Medicamentos**

Koselugo Oral Capsule 10 Mg, 25 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de neurofibromatosis tipo (NF1) que tienen neurofibromas plexiformes sintomáticos inoperables.

### **Restricción de Edad**

2 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **KUVAN**

---

### **Medicamentos**

Sapropterin Dihydrochloride Oral Packet 100 Mg, 500 Mg  
Sapropterin Dihydrochloride Oral Tablet Soluble 100 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Peso 2. Niveles de fenilalanina (Phe).

### **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**

Lenvima 4 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack  
Lenvima 8 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack  
Lenvima 10 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack  
Lenvima 12MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack  
Lenvima 14 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack  
Lenvima 18 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack  
Lenvima 20 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack  
Lenvima 24 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico, 1. Cáncer de tiroides diferenciado (DTC): agente único para pacientes con DTC localmente recurrente o metastásico, progresivo, radioactivo refractario al yodo, O 2. Cáncer de células renales (CCR): en combinación con everolimus, para pacientes con seguimiento avanzado de CCR una terapia anti angiogénica previa O 3. carcinoma hepatocelular no resecable: tratamiento de primera línea, O 4. En combinación con pembrolizumab, para el carcinoma endometrial avanzado que no es inestabilidad de microsatélites alto (MSI-H) o deficiente de reparación de desajuste (dMMR), que tienen progresión de la enfermedad después de una terapia sistémica previa y no son candidatos para cirugía curativa o radiación.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

1. Hematólogo
2. Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno



**Medicamentos**

Ambrisentan Oral Tablet 5 MG, 10 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Embarazo; fibrosis pulmonar idiopática, incluida la fibrosis pulmonar idiopática con hipertensión pulmonar (WHO grupo 3).

**Información Médica Requerida**

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

Participación en programa REMS.

## **MEDICAMENTOS LHRH**

---

### **Medicamentos**

Eligard Kit Subcutaneous 7.5 MG, 22.5 MG, 30 MG, 45 MG

Leuprolide Acetate KIT Injection 1 MG/0.2ML

Lupron Depot KIT Intramuscular 3.75 MG, 7.5 MG, 11.25 MG, 22.5 MG, 30 MG, 45 MG

Trelstar Mixject Suspension Reconstituted 3.75 MG, 11.25 MG, 22.5 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Ginecólogo, Urólogo, Oncólogo, Endocrinólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión de BvsD.

# LINEZOLID

---

## **Medicamentos**

Linezolid Oral Tablet 600 MG

Linezolid Oral Suspension Reconstituted 100 MG/5ML

Linezolid Solution 600 MG/300ML Intravenous

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Los pacientes que toman cualquier inhibidor de la monoamina oxidasa (IMAO) o dentro de las dos semanas de haber tomado un IMAO.

## **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**

Ninguno

# LINZESS

---

## **Medicamentos**

Linzess Oral Capsule 72 MCG, 145 MCG, 290 MCG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Obstrucción mecánica gastrointestinal.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico del síndrome del intestino irritable con estreñimiento durante al menos 6 meses O

Diagnóstico de estreñimiento idiopático crónico durante al menos 3 meses.

## **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).

# LORBRENA

---

**Medicamentos**

Lorbrena Oral Tab 25mg, 100mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Uso concomitante con inductores fuertes CYP3A.

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de: Cáncer de pulmón no microcítico metastático (NSCLC), linfoma quinasa anaplásico (ALK) positivo, - cuya enfermedad ha progresado en crizotinib y al menos otro inhibidor de la ALK para la enfermedad metastásica O alectinib como la primera terapia con inhibidores de la ALK para la enfermedad metastásica O ceritinib como la primera terapia inhibidora de ALK para la enfermedad metastásica.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

# LOTRONEX

---

**Medicamentos**

Alosetron HCl Oral Tablet 0.5 MG, 1 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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**

Puntuación de Child-Pugh.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Gastroenterólogo

**Duración de Cubierta**

12 semanas

**Otros Criterios**

Participación en el programa REMS.

# LUPANETA

---

## **Medicamentos**

Lupaneta Pack Combination Kit 3.75 & 5 MG, 11.25 & 5 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Hemorragia uterina anormal no diagnosticada. Embarazo o sospecha de embarazo. Mujeres que están amamantando. Conocido, sospechado o con historial de cáncer de mama u otro cáncer sensible a las hormonas. Trastornos trombóticos o tromboembólicos. Tumores o enfermedad hepáticos.

## **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.

## **Otros Criterios**

LUPANETA no se ha estudiado en mujeres mayores de 65 años y no está indicado en esta población.

# **LYNPARZA**

---

## **Medicamentos**

Lynparza Oral Tablet 100 MG, 150 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo: antes del inicio del tratamiento.

## **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 Capsule 50 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Pacientes con reserva de médula inadecuada como lo demuestra la aspiración de médula ósea. Debe prestarse la debida atención a este posible estado a cada paciente que tenga leucopenia, trombocitopenia o anemia.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Coadministration with atazanavir and rifampin. Patients with moderate or severe hepatic impairment (Child-Pugh B or C) or those with any history of prior hepatic decompensation.

## **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 Cirrosis
5. Hepatitis B - estatus

## **Restricción de Edad**

Pacientes de 12 años y mayores o con un peso mínimo de 45 kg.

## **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista de enfermedades infecciosas.

## **Duración de Cubierta**

8 a 16 semanas

## **Otros Criterios**

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

## **MEKTOVI, BRAFTOVI**

---

### **Medicamentos**

Braftovi Oral Cap 75mg

Mektovi Oral Tab 15mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

a. En combinación de encorafenib (Braftovi) con binimetinib (Mektovi), para el tratamiento de pacientes con melanoma irreseccable o metastásico con una mutación BRAF V600E o V600K, detectada por una prueba aprobada por la FDA.

b. Encorafenib (Braftovi) en combinación con cetuximab, para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer colorrectal metastásico (CCR) con una mutación BRAF V600E, detectada por una prueba aprobada por la FDA, después de una terapia previa.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Atovaquone Oral Suspension 750 MG/5ML

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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 Rapid Oral Capsule 10 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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

## **METHY LNALTREXONE**

---

### **Medicamentos**

Relistor Solution 8 MG/0.4ML Subcutaneous

Relistor Solution 12 MG/0.6ML Subcutaneous

Relistor Solution 12 MG/0.6ML Subcutaneous (0.6ML Syringe)

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 o Especialista de Manejo de Dolor.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# MODAFINIL

---

## **Medicamentos**

Modafinil Oral Tablet 100 MG 200 MG,

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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 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

# NATPARA

---

## **Medicamentos**

Natpara Cartridge Subcutaneous 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 100 MCG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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. Continuación 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.



# NAYZILAM

---

**Medicamentos**

Nayzilam Nasal Solution 5 Mg/0.1ml

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Paciente con glaucoma agudo de ángulo estrecho.

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de episodios estereotípicos de actividad convulsiva frecuente (es decir, grupos de convulsiones, convulsiones repetitivas agudas) 2. El médico debe certificar que los episodios son distintos del patrón de convulsiones habitual del paciente.

**Restricción de Edad**

12 años o más.

**Restricción de Médico**

Neurólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **NERLYNX**

---

### **Medicamentos**

Nerlynx Oral Tablet 40 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Indicación y uso, uno de los siguientes: a) Como agente único, para el tratamiento adyuvante prolongado de pacientes adultos con cáncer de mama HER2 positivo en estadio temprano, para seguir el tratamiento adyuvante basado en trastuzumab. b) En combinación con capecitabina, para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama HER2 positivo avanzado o metastásico que hayan recibido dos o más regímenes previos basados en anti-HER2 en el contexto metastásico. 2. El paciente recibe 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 Tablet 200 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: A.) Carcinoma hepatocelular no resecable B.) Carcinoma de células renales avanzado C.) Carcinoma tiroideo localmente recurrente o metastásico, progresivo, diferenciado refractario al tratamiento con yodo radioactivo.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **NINLARO**

---

### **Medicamentos**

Ninlaro Oral Capsule 2.3 MG, 3 MG, 4 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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**

Antes de iniciar un nuevo ciclo de terapia: el recuento absoluto de neutrófilos debe ser de al menos 1.000 / mm<sup>3</sup>, el recuento de plaquetas debe ser de al menos 75.000 / mm<sup>3</sup>.

## **NITISINONE**

---

### **Medicamentos**

Nityr Tablet 10 Mg Oral

Nityr Tablet 2 Mg Oral

Nityr Tablet 5 Mg Oral

Nitisinone Oral Capsule 2 Mg, 5 Mg, 10 Mg

Orfadin Capsule 20 Mg Oral

Orfadin Suspension 4 Mg/MI Oral

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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

## **HIPNÓTICOS NO-BENZODIACEPINAS - BEERS**

---

### **Medicamentos**

Zaleplon Oral Capsule 5 MG, 10 MG,  
Zolpidem Tartrate ER Oral Tablet 6.25 MG, 12.5 MG,  
Zolpidem Tartrate Oral Tablet 5 MG, 10 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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**

Se aprobará la PA si el médico proporciona una declaración de necesidad médica, incluido el ensayo y el fracaso de UNA alternativa de medicamentos de alto riesgo. Los medicamentos alternativos del formulario por medicamentos incluyen, entre otros, a Silenor y Rozerem.

# **NORTHERA**

---

## **Medicamentos**

Northera Oral Cap 100 mg, 200 mg, 300 mg

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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-hidroxi-lasa de dopamina, o neuropatía autonómica no diabética.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

2 semanas

## **Otros Criterios**

La efectividad más allá de 2 semanas de tratamiento no ha sido establecida.

**Medicamentos**

Nubeqa Oral Tablet 300 Mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico. 2. Los pacientes también deben recibir un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) al mismo tiempo o deben haberse sometido a una orquiectomía bilateral.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno



# NUCALA

---

## **Medicamentos**

Nucala Solution Reconstituted 100 MG Subcutaneous

Nucala Subcutaneous Solution Auto-Injector 100 Mg/MI

Nucala Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 100 Mg/MI

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A. Asma grave como tratamiento de mantenimiento complementario y con un fenotipo eosinofílico, el miembro tenía antecedentes de 2 o más exacerbaciones en el año anterior a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados en dosis altas más un controlador adicional del asma (a menos que sea intolerante o contraindicado), O B. Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) en pacientes con diagnóstico de EGPA durante al menos 6 meses con antecedentes de enfermedad recidivante o refractaria y que estaban en una dosis estable de prednisolona oral o prednisona mayor o igual a 7.5 mg / día, O C. Síndrome hipereosinofílico (HES) durante 6 meses sin una causa secundaria no hematológica identificable. 2. Diferencial de CBC, recuento sanguíneo de eosinófilos de más de 150 células por mcl.

## **Restricción de Edad**

Asma: 6 años en adelante. EGPA: mayores de 18 años.

## **Restricción de Médico**

Neumólogo, Reumatólogo, 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 Oral Capsule 20-10 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

1. Uso concomitante con quinidina, quinina o mefloquina. 2. Pacientes con historial de quinidina, quinina o trombocitopenia inducida por mefloquina, hepatitis u otras reacciones de hipersensibilidad. 3. Pacientes con hipersensibilidad conocida a dextromethorphan. 4. Uso con un MAOI o dentro de los 14 días posteriores a la interrupción de un MAOI. Permita que transcurran 14 días desde la finalización de NUEDEXTA antes de iniciar un MAOI. 5. Intervalo QT prolongado, síndrome de QT congénito, historial sugestivo de torsades de pointes o insuficiencia cardíaca. 6. Bloqueo AV completo, sin marcapaso implantado, o pacientes con alto riesgo de un bloqueo AV completo. 7. Uso concomitante con medicamentos que prolongan el intervalo QT y son metabolizados por CYP2D6 (p. ej., thioridazine o pimozide).

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de tratamiento de afecto pseudobulbar (PBA)

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# NUPLAZID

---

## **Medicamentos**

Nuplazid Oral Tablet 10 MG

Nuplazid Oral Capsule 34 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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 Tablet 50 MG150 MG, 200 MG, 250 MG,

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en Medicina del Sueño, Psiquiatra.

**Duración de Cubierta**

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

**Otros Criterios**

Ninguno

## **ODOMZO**

---

### **Medicamento**

Odomzo Oral Capsule 200 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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**

Ofev Oral Capsule 100 MG, 150 MG,

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Embarazo

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) Fibrosis pulmonar idiopática confirmada por una tomografía computarizada de alta resolución o biopsia, O b) Disminución de la función pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis sistémica (SSc-ILD), O c) Diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes crónicas (ILDs) de fenotipo progresivo. 2. Se han realizado pruebas de función hepática antes del inicio del tratamiento. 3. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo antes del inicio.

**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.

**Medicamento**

Opsumit Oral Tablet 10 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Embarazo

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar según definido por el WHO grupo 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo antes del inicio. 3. Enzimas hepáticas basales. 4. CBC.

**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.

**Medicamentos**

Orkambi Oral Tablet 100-125 MG, 200-125 MG

Orkambi Oral Packet 100-125 MG, 150-188 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de fibrosis quística homocigotos para la mutación F508del en el gen CFTR. Si se desconoce el genotipo del paciente, se debe utilizar una prueba de mutación de CF aprobada por la FDA para detectar la presencia de la mutación F508del en ambos alelos del gen CFTR. Mida las transaminasas y la bilirrubina séricas antes de iniciar.

**Restricción de Edad**

2 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).



## **OTROS MEDICAMENTOS RESPIRATORIOS**

---

### **Medicamentos**

Prolastin-C Solution Reconstituted 1000 MG Intravenous

Zemaira Solution Reconstituted 1000 MG Intravenous

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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.

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Neumólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

**Medicamentos**

Pegasys Solution 180 MCG/0.5ML Subcutaneous

Pegasys Solution 180 MCG/ML Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Hepatitis autoinmune. Descompensación hepática (puntuación de Child-Pugh superior a 6 [clase B y C]) en pacientes cirróticos antes del tratamiento. Descompensación hepática con puntuación de Child-Pugh mayor o igual a 6 en pacientes cirróticos con CHC coinfectados con VIH antes del tratamiento. Reacciones de hipersensibilidad como urticaria, angioedema, broncoconstricción, anafilaxia o síndrome de Stevens-Johnson a los interferones alfa o cualquiera de sus componentes.

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de:

1. Hepatitis B Crónica O
2. Hepatitis C Crónica

**Restricción de Edad**

HCV: 18 años o más si se trata de una terapia triple (Pegasys + antiviral + RBV), o bien 5 años o más.

HBV: 3 años o más.

**Restricción de Médico**

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

**Duración de Cubierta**

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

**Otros Criterios**

Para la renovación del VHC, la aprobación se basa en los requisitos delineados en el etiquetado aprobado por la FDA y consistentes con la guía actual de AASLD-IDSA, incluida la carga viral, la presencia de cirrosis y la respuesta a un tratamiento previo.

## **PEMAZYRE**

---

### **Medicamentos**

Pemazyre Oral Tablet 13.5 Mg, 4.5 Mg, 9 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de colangiocarcinoma localmente avanzado o metastásico no resecable previamente tratado con una fusión del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otro reordenamiento detectado 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

## **INHIBIDORES DE FOSFODIESTERASA-5 PARA PAH**

---

### **Medicamentos**

Sildenafil Citrate Oral Suspension Reconstituted 10 Mg/MI

Sildenafil Citrate Oral Tablet 20 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

1. Uso para disfunción eréctil.
2. Pacientes que utilizan nitratos.
3. Pacientes que toman estimuladores de guanilato ciclasa (GC).

### **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 o más.

### **Restricción de Médico**

Neumólogo, Cardiólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Piqray 300 Mg Daily Dose Oral Tablet Therapy Pack

Piqray 200 Mg Daily Dose Oral Tablet Therapy Pack

Piqray 250 Mg Daily Dose Oral Tablet Therapy Pack

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor hormonal (HR) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) - negativo, mutado con PIK3CA, en mujeres posmenopáusicas para usarse en combinación con Fulvestrant, y hombres. La enfermedad ha progresado después régimen endocrino. 2. PIK3CA-mutado según lo detectado 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

## **PRETOMANID**

---

### **Medicamentos**

Pretomanid Oral Tablet 200 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de tuberculosis (TB) pulmonar extremadamente resistente a fármacos (XDR) o intolerante al tratamiento o que no responde a múltiples fármacos (MDR), 2. Para usar en combinación con bedaquilina y linezolid, 3. Prueba de referencia: ECG, función hepática, CBC.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Médico especialista en enfermedades infecciosas, especialista en tuberculosis o neumólogo.

### **Duración de Cubierta**

26 semanas

### **Otros Criterios**

Pretomanid no se recomienda para el tratamiento de la TB sensible a los medicamentos, la infección latente debida a la Mycobacterium TB, el tratamiento de la TB extrapulmonar (p. Ej., SNC) o el tratamiento de las infecciones por micobacterias no tuberculosas.

## **PREVYMIS**

---

### **Medicamentos**

Prevymis Oral Tablet 240 MG, 480 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Especialista en Trasplantes.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# PROLIA

---

## **Medicamentos**

Prolia Solution Prefilled Syringe 60 MG/ML Subcutaneous

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo, Hipocalcemia.

## **Información Médica Requerida**

Paciente está 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. 2. El paciente es una mujer o varón con osteoporosis inducida por glucocorticoides en alto riesgo de fracturas 3. El paciente es un varón y está recibiendo terapia de privación de andrógenos para cáncer de próstata no metastásico. 4. 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 bifosfonato (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 El paciente tiene una hipocalcemia preexistente y una deficiencia de Vitamina D corregida antes de la administración del medicamento.

## **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 Packet 12.5 MG, 25 MG

Promacta Oral Tablet 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de 1) Trombocitopenia inmune crónica, que no ha respondido lo suficiente a los corticosteroides, inmunoglobulinas o esplenectomía, O 2) Trombocitopenia en pacientes con hepatitis C crónica para permitir el inicio y el mantenimiento de una terapia basada en interferón, O 3) Anemia aplásica severa, como tratamiento de primera línea, en combinación con terapia inmunosupresora estándar, O 4) Anemia aplásica severa, que ha tenido una respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora.

## **Restricción de Edad**

1 años o más. Para anemia aplásica grave: 2 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.

# **QINLOCK**

---

## **Medicamentos**

Qinlock Oral Tablet 50 Mg

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal avanzado (GIST) que ha recibido tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la quinasa, incluido el imatinib.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## QUETIAPINE

---

### **Medicamentos**

Quetiapine Fumarate Oral Tablet Extended Release 24 hour 50 MG, 150 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG  
Quetiapine Fumarate Oral Tablet 25 MG, 50 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Psicosis relacionada con demencia.

### **Información Médica Requerida**

Tableta IR: diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar. Tableta ER: 1) Diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor 2) Para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, documente la respuesta inadecuada al tratamiento con antidepresivos.

### **Restricción de Edad**

10 años o más.

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Quetiapine ER: para el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar, documentar uso y fallo de la quetiapine IR. Para el historial previo de medicamentos en reclamaciones, MD proporcionará la documentación del registro médico o el procesamiento de reclamaciones de farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización previa. Los pacientes ancianos con psicosis relacionada con demencia tratados con fármacos antipsicóticos tienen un mayor riesgo de muerte. Existe un mayor riesgo de pensamientos y conductas suicidas en niños, adolescentes y adultos jóvenes que toman antidepresivos. Monitorear pacientes.

## **RANEXA**

---

### **Medicamentos**

Ranolazine Oral Tablet Extended Release 12 Hour 500 MG, 1000 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Cardiólogo o profesional de la medicina interna.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **RAVICTI**

---

### **Medicamentos**

Ravicti Oral Liquid 1.1 GM/ML

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Para su uso como agente aglutinante de nitrógeno para el tratamiento crónico de pacientes con trastornos del ciclo de la urea (UCD).

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

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

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

No indicado para el tratamiento de la hiperamonemia aguda en pacientes con UCD y para el tratamiento de la N-acetilglutamato sintasa.

## **RECTIV**

---

### **Medicamentos**

Rectiv Rectal Ointment 0.4 %

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Uso de inhibidores de la PDE5 (por ejemplo, sildenafil, vardenafil y tadalafil). Anemia severa.

Aumento de la presión intracraneal.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de fisura anal crónica para tratar el dolor moderado a severo asociado con la condición.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo

### **Duración de Cubierta**

1 mes

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **REGRANEX**

---

### **Medicamentos**

Regranex External Gel 0.01 %

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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.

**Medicamentos**

Repatha Pushtrex System Solution Cartridge 420 MG/3.5ML Subcutaneous

Repatha Solution Prefilled Syringe 140 MG/ML Subcutaneous

Repatha SureClick Solution Auto-Injector 140 MG/ML Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Indicación de uno de los siguientes: a) Para reducir el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y revascularización coronaria en adultos con enfermedad cardiovascular establecida. b) Sólo o en combinación con otras terapias hipolipemiantes (por ejemplo, estatinas, ezetimibe), para el tratamiento de adultos con hiperlipidemia primaria (incluida la hipercolesterolemia familiar heterocigótica) para reducir el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C)). c) Como complemento de otras terapias para reducir las LDL (por ejemplo, estatinas, ezetimibe y aféresis de LDL) en pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica (HoFH) que requieren una reducción adicional de la LDL-C. 2. Intolerancia a una estatina: registros médicos de documentación de síntomas musculares intolerables (dolor muscular, debilidad, calambres) persistentes (más de 2 semanas) con UNO de los siguientes: a) El paciente ha tomado al menos una estatina en combinación con Zetia (ezetimiba): con reaparición documentada de los síntomas musculares, O b) Hepatotoxicidad intolerable y persistente con TODOS los siguientes: i) Documentación que indica elevaciones persistentes (más de 3 veces el límite superior de lo normal que ocurre en 2 ocasiones más) de transaminasas séricas o la presencia de ictericia, Y ii) Se han descartado las causas secundarias de elevaciones en los niveles de transaminasas hepáticas (infección, medicamentos, suplementos de hierbas). 3. 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.



## **RETEVMO**

---

### **Medicamentos**

Retevmo Oral Capsule 40 Mg, 80 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) cáncer metastásico de pulmón no microcítico RET con fusión positiva. O b) cáncer de tiroides medular (CMT) mutante RET avanzado o metastásico que requiere terapia sistémica O c) cáncer de tiroides positivo a fusión RET avanzado o metastásico que requiere terapia sistémica y que son refractarios al yodo radioactivo (si el yodo radioactivo es apropiado).

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **REVLIMID**

---

### **Medicamentos**

Revlimid Oral Capsule 2.5 MG, 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 dexamethasone. 2. MM, como mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas autólogas (auto-HSCT). 3. Anemia dependiente de la transfusión debido a síndromes mielodisplásicos (MDS) de riesgo bajo o intermedio asociados con una anomalía de delección 5q con o sin anomalías citogenéticas adicionales. 4. Linfoma de células del manto (MCL) cuya enfermedad ha recaído o progresado después de dos terapias anteriores, una de las cuales incluía bortezomib. 5. Linfoma folicular (FL) previamente tratado, en combinación con un producto de rituximab. 6. Linfoma de zona marginal (MZL) previamente tratado, en combinación con un producto de rituximab.

### **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.

**Medicamentos**

Riluzole Oral Tab 50 mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ALS).

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Neurólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **RINVOQ**

---

### **Medicamentos**

Rinvoq Oral Tablet Extended Release 24 Hour 15 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de artritis reumatoide moderada a severamente activa que ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia al methotrexate.

### **Restricción de Edad**

19 años o más.

### **Restricción de Médico**

Reumatólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ROZLYTREK**

---

### **Medicamentos**

Rozlytrek Oral Capsule 100 Mg, 200 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón metastásico de células no pequeñas (NSCLC) Y tumores son positivos para ROS1; o diagnóstico de tumores sólidos Y tienen una fusión del gen neurotrófico del receptor de la tirosina quinasa (NTRK) sin una mutación de resistencia adquirida conocida, Y son metastásicos o donde la resección quirúrgica puede provocar morbilidad severa, Y han progresado después del tratamiento o no tienen una terapia alternativa satisfactoria.

### **Restricción de Edad**

Para NSCLC: mayores de 18 años; Para tumores sólidos: 12 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **RUBRACA**

---

### **Medicamentos**

Rubraca Oral Tablet 200 MG, 250 MG, 300 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes: a) cáncer de ovario, i) para el tratamiento de mantenimiento en pacientes con cáncer epitelial recurrente de ovario, trompas de Falopio o peritoneal primario que están en respuesta completa o parcial a la quimioterapia a base de platino. O ii) para el tratamiento de la mutación deletérea BRCA cáncer epitelial de ovario, trompas de Falopio o primario peritoneal asociado (de línea germinal y / o somático) que han sido tratados con dos o más quimioterapias. O b). Cáncer de próstata, para el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) asociado a una mutación deletérea de BRCA (línea germinal y / o somática) que han sido tratados con terapia dirigida por receptores de andrógenos y una quimioterapia basada en taxanos. 2. Mujeres con potencial reproductivo: uso de métodos anticonceptivos eficaces 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

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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**

Vigabatrin Oral Packet 500 MG

Vigabatrin Oral Tablet 500 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Convulsiones parciales complejas refractarias (CPS), para uso como terapia complementaria y el paciente respondió de manera inadecuada, tiene contraindicación o intolerancia a dos anticonvulsivos del formulario (p. Ej., Lamotrigina, valproic acid, phenytoin), O 2) Infantil Espasmos (IS).

## **Restricción de Edad**

CPS: 2 años o más; IS: 1 mes a 2 años.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno



# SAVELLA

---

**Medicamentos**

Savella Oral Titration Pack 12.5 & 25 & 50 MG  
Savella Oral Tablet 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 100 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

El uso concomitante con inhibidores MAO

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de fibromialgia.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

# SIGNIFOR

---

**Medicamentos**

Signifor Subcutaneous Solution 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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.

**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, nivel de cortisol libre y paciente tolera el tratamiento.

## **SIRTURO**

---

### **Medicamentos**

Sirturo Oral Tablet 20 Mg, 100 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Especialista en enfermedades Infecciosas o especialista TB.

### **Duración de Cubierta**

24 semanas

### **Otros Criterios**

No se recomienda, Fumarato de Bedaquilina 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 Intravenous Solution Reconstituted 200 MG

Sivextro Oral Tablet 200 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Cultivo

### **Restricción de Edad**

12 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 Sivextro IV, el paciente debe tener dificultades para tragar Sivextro oral, si vancomicina se inició en el hospital, se recomienda continuar con vancomicina al alta de hospital. Sujeto a BvsD.

# SKYRIZI

---

**Medicamentos**

Skyrizi (150 Mg Dose) Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 75 Mg/0.83ml

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de psoriasis en placas de moderada a severa, 2.PPD negativo.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Dermatólogo, Reumatólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

# SOMAVERT

---

**Medicamentos**

Somavert Subcutaneous Solution Reconstituted 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Ninguno

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Endocrinólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Pacientes que han tenido una respuesta inadecuada a la cirugía o la radioterapia, o para quienes estas terapias no son apropiadas. El objetivo del tratamiento es normalizar los niveles séricos de IGF-I.

## **SPRYCEL**

---

### **Medicamentos**

Sprycel Oral Tablet 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, 100 MG, 140 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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**

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 Sprycel.

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

**Medicamentos**

Stelara Solution 45 mg/0.5ml Subcutaneous

Stelara Solution Prefilled Syringe 45 mg/0.5ml Subcutaneous

Stelara Solution Prefilled Syringe 90 mg/ml Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes, adultos, a) Psoriasis en placas (Ps) de moderada a grave que son candidatos para fototerapia o terapia sistémica, b) Artritis psoriásica activa (PsA), sola o en combinación con metotrexato, c) De moderada a enfermedad de Crohn (EC) gravemente activa, d) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave, O e) pacientes pediátricos, de 6 años o más con psoriasis en placas de moderada a grave, que son candidatos para fototerapia o terapia sistémica. 2. Para todas las indicaciones, el paciente ha sido examinado para la infección de TB latente y la TB latente ha sido descartada o está en tratamiento.

**Restricción de Edad**

Para PsA, UC y CD: 18 años o más. Para Ps: 6 años o más.

**Restricción de Médico**

Ps: dermatólogo. PsA: dermatólogo o reumatólogo. EC y CU gastroenterólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Para (solo nuevos comienzos): 1. Psoriasis en placas (Ps): adultos, a) Ensayo y fracaso, contraindicación o intolerancia a uno de los siguientes: Enbrel (etanercept) O Humira (adalimumab). Pacientes pediátricos, ensayo y fracaso, contraindicación o intolerancia a Enbrel (etanercept). b) Al menos el 5% de la superficie corporal (ASC) está afectada O áreas cruciales del cuerpo (por ejemplo, pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico. 2. Artritis psoriásica activa (PsA): uno de los siguientes: a) Ensayo y fracaso, contraindicación o intolerancia a Xeljanz / Xeljanz XR o Enbrel (etanercept) o Humira (adalimumab). 3. Enfermedad de Crohn (EC): ensayo y fracaso, contraindicación o intolerancia a Humira (adalimumab). Sujeto a revisión de BvD.



## **SUTENT**

---

### **Medicamentos**

Sutent Oral Capsule 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico. Pruebas de función hepáticas.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo – Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Symlin Pen 60 Solution Pen-Injector 1500 MCG/1.5ML Subcutaneous  
Symlin Pen 120 Solution Pen-Injector 2700 MCG/2.7ML Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Gastroparesia confirmada, desconocimiento de la hipoglucemia.

**Información Médica Requerida**

A1C. Para pacientes con insulina, evidencia de ajuste de la dosis a la hora de las comidas (reducir la dosis de insulina a la hora de las comidas en un 50%).

**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 o = 9%, no ha logrado un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre a pesar del tratamiento individualizado de su terapia con insulina.

## **SYNAREL**

---

### **Medicamentos**

Synarel Nasal Solution 2 MG/ML

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo, lactancia, sangrado vaginal anormal.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ginecólogo, Endocrinólogo.

### **Duración de Cubierta**

6 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **TABRECTA**

---

### **Medicamentos**

Tabrecta Oral Tablet 150 Mg, 200 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico cuyos tumores tienen una mutación que conduce a la omisión del exón 14 en la transición mesenquimatoso-epitelial (MET) según lo detecta 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

# **TAGRISSEO**

---

## **Medicamentos**

Tagrisso Oral Tab 40 mg, 80 mg

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Para ser utilizado en una de las siguientes indicaciones: 1) como terapia adyuvante después de la resección del tumor en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) cuyos tumores tienen deleciones en el exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones en el exón 21 L858R, como detectado mediante una prueba aprobada por la FDA, O 2) tratamiento de primera línea de pacientes con NSCLC metastásico cuyos tumores tienen deleciones en el exón 19 del EGFR o mutaciones en el exón 21 L858R, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA, O 3) tratamiento de pacientes con cáncer metastásico NSCLC EGFR T790M con mutación positiva, detectado mediante una prueba aprobada por la FDA, cuya enfermedad ha progresado durante o después de la terapia con 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**

# TAKHZYRO

---

**Medicamentos**

Takhzyro Solution 300 MG/2ML Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de angioedema hereditario Y medicación se utilizará profilaxis contra ataques de angioedema.

**Restricción de Edad**

12 años o más.

**Restricción de Médico**

Inmunólogo, Alergista o Reumatólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Sujeto a revisión BvsD.

**Medicamentos**

Taltz Solution Auto-injector 80 MG/ML Subcutaneous  
Taltz Solution Prefilled Syringe 80 MG/ML Subcutaneous

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Psoriasis en placas de moderada a grave y el miembro es candidato para terapia sistémica o fototerapia. 2. Artritis psoriásica activa. 3. Espondilitis anquilosante activa. 4. Espondiloartritis axial activa no radiográfica con signos objetivos de inflamación.

**Restricción de Edad**

Ninguno

**Restricción de Médico**

Dermatólogo o Reumatólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

1. Para la psoriasis en placas de moderada a grave, el paciente ha intentado sin éxito UNO de los siguientes: Enbrel, Humira o Skyrizi. 2. Para la espondilitis anquilosante, el paciente ha intentado y ha fallado UNO de los siguientes: Enbrel o Humira. 3. Para la artritis psoriásica, el paciente ha intentado sin éxito UNO de los siguientes: Enbrel, Humira, Xeljanz o Xeljanz XR.

# TALZENNA

---

**Medicamentos**

Talzenna Oral Cap 0.25mg, 1mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de mama metastásico o localmente avanzado, deletérea o sospecha de deletérea germinal BRCA mutada (gBRCAm) HER2- negativo .2. Paciente fue seleccionado para la terapia basado en acompañante de diagnóstico aprobado por la FDA para TALZENNA.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno



# TARCEVA

---

**Medicamentos**

Erlotinib Oral Tab 25 mg, 100 mg, 150 mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

No se recomienda el uso de Tarceva en combinación con quimioterapias basadas en platino.

**Información Médica Requerida**

Tratamiento: 1. Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC) cuyos tumores tienen deleciones 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 External Gel 1 %  
Bexarotene Oral Capsule 75 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo

## **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 Capsule 50 MG, 150 MG, 200 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Hipocalemia, 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, 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**

Tazarotene External Cream 0.1 %

Tazorac External Cream 0.05 %

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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

## TAZVERIK

---

### **Medicamentos**

Tazverik Oral Tablet 200 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: a) sarcoma epitelioides metastásico o localmente avanzado no elegible para resección completa, O b) linfoma folicular en recaída o refractario cuyos tumores son positivos para una mutación EZH2 detectada por una prueba aprobada por la FDA y que han recibido al menos al menos 2 terapias sistémicas previas. O c) linfoma folicular en recaída o refractario que no tiene opciones de tratamiento alternativas satisfactorias.

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# TECFIDERA

---

## **Medicamentos**

Tecfidera Oral Capsule Starter Pack 120 & 240 MG

Tecfidera Oral Capsule Delayed Release 120 MG, 240 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de formas recidivantes de esclerosis múltiple (MS), para incluir síndrome clínicamente aislado, recidivante-remitente y enfermedad secundaria progresiva activa.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# THALOMID

---

## **Medicamentos**

Thalomid Oral Capsule 50 MG, 100 MG, 150 MG, 200 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **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, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

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

## TIBOSOVO

---

### **Medicamentos**

Tibsovo Oral Tab 250mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de 1. Leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación IDH1 susceptible según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA en AML recién diagnosticada que tienen 75 años o más O que tienen comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva. 2. Leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación susceptible IDH1 detectada por una prueba aprobada por la FDA con AML de relapso o refractaria.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **INMUNOMODULADORES TOPICOS**

---

### **Medicamentos**

Tacrolimus External Ointment 0.03 %

Tacrolimus External Ointment 0.1 %

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

3 meses. Si el paciente requiere despachos adicionales, se volverá a reevaluar 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 expediente médico o reclamaciones de farmacia procesadas a través de otro beneficio para cumplir con la utilización previa.

## TESTOSTERONAS TOPICAS

---

### **Medicamentos**

Testosterone Transdermal Gel 12.5 MG/ACT (1%), 25 MG/2.5GM (1%), 50 MG/5GM (1%)

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 Inhalation Aerosol Powder Breath Activated 100-62.5-25 Mcg/Inh

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

1. Tratamiento primario del estado asmático o episodios agudos de COPD o asma que requieran medidas intensivas. 2. Hipersensibilidad severa a las proteínas de la leche o cualquier ingrediente.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: a) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica pulmonar obstructiva crónica (COPD) Y el afiliado ha probado sin éxito al menos un inhalador de combinación de mantenimiento (LABA + LAMA o LABA + ICS). O b. asma.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Neumólogo, Pulmonólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# TRETINOIN

---

## Medicamentos

Adapalene External Cream 0.1 %

Adapalene External Gel 0.1 %, 0.3%

Adapalene External Solution 0.1 %

Avita External Cream 0.025 %

Avita External Gel 0.025 %

Tretinoin External Cream 0.025 %, 0.05%, 0.1%

Tretinoin External Gel 0.01 %, 0.025%

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Criterios de Exclusión

1. Manchas en la piel. 2. Estrías. 3. Cicatrices por acné. 4. Elastosis solar. 5. Envejecimiento prematuro y tratamiento de la piel fotoenvejecida o fotodañada (ej. Lentigos solares, rugosidad de la piel, rugosidad de la piel, hiperpigmentación moteada o manchas de la edad). 6. Arrugas. 7. Lengua geográfica. 8. Hiperpigmentación (postinflamatoria) causada por foliculitis, acné y eczema. 9. Melasma/colasma Alopecia androgénica. 10. Alopecia androgénica. 11. Alopecia areata. 12. Queratosis seborreica. 13. Papilomatosis confluyente y reticulada. 14. Dermatitis. 15. Enfermedad de Dowling-Degos. 16. Nevis displásica. 17. Foliculitis. 18. Milio. Solo un reporte de casos demostró efectividad del tretinoin en el tratamiento de milios. 19. Necrobiosos lipoidea diabetorum. 20. Colagenosis perforativa. 21. Psoriasis. 22. Esclerosis sistémica. 23. Queratosis pilaris. 24. Hiperplasia sebácea. 25. Quiste sebáceo. 26. Cáncer de la piel (Melanoma).

## Información Médica Requerida

Ninguna

## Restricción de Edad

12 años o más.

## Restricción de Médico

Ninguna

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

# TUKYSA

---

**Medicamentos**

Tukysa Oral Tablet 50 Mg, 150 Mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de mama HER2 positivo irresecable o metastásico avanzado, incluidos pacientes con metástasis cerebrales, que han recibido uno o más regímenes previos basados en anti-HER2 en el entorno metastásico. 2. Para ser utilizado en combinación con trastuzumab y capecitabine.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

# TURALIO

---

**Medicamentos**

Turalio Oral Capsule 200 Mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico del tumor sintomático de células gigantes tenosinoviales (TGCT) asociado con morbilidad severa o limitaciones funcionales y no es susceptible a mejora con la cirugía.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Participación en Programa REMS

## **TYGACIL**

---

### **Medicamentos**

Tigecycline Solution Reconstituted 50 MG Intravenous

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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.

**Medicamentos**

Lapatinib Ditosylate Oral Tablet 250 Mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: Tratamiento en combinación con: 1. capecitabine, 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 un tratamiento previo que incluye una antraciclina, un taxano, y trastuzumab O 2. En combinación con letrozole para el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico con receptor hormonal positivo que sobre expresa el receptor HER2 para quien está indicada la terapia hormonal. 2. LVEF.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

1. Para el cáncer de mama, un paciente nuevo debe tener un cáncer de mama positivo para HER2 para la aprobación de lapatinib. 2. Se requiere LVEF normal antes de comenzar la terapia.



## **TYMLOS**

---

### **Medicamentos**

Tymlos Subcutaneous Solution Pen-Injector 3120 Mcg/1.56ml

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de mujer posmenopáusica con osteoporosis con alto riesgo de fractura, 2. El paciente ha probado y fracasado con dos bifosfonatos orales, 3. Densidad mineral ósea (BMD), T-Score.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Endocrinólogo, Reumatólogo, Ortopeda, Ginecólogo.

### **Duración de Cubierta**

24 meses (máximo 24 meses de terapia de por vida).

### **Otros Criterios**

Tymlos puede ser aprobado para las indicaciones de osteoporosis cubiertas si el paciente tiene uso y fallo, contraindicación o intolerancia a dos bifosfonatos orales (por ejemplo, alendronato, ibandronato). Historial previo de medicamentos en reclamos, MD deberá proporcionar documentación de registros médicos o procesamiento de reclamos de farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización previa. Si el paciente tiene insuficiencia renal grave (p. Ej., depuración de creatinina inferior a 30 ml / min) o enfermedad renal crónica, o si el paciente tiene múltiples fracturas vertebrales con T-score vertebral menor a -2.5. La duración del tratamiento de las hormonas paratiroideas (p. Ej., Forteo [teriparatide], Tymlos [abaloparatide]) no ha excedido un total de 24 meses durante la vida del paciente.

# UPTRAVI

---

## **Medicamentos**

Uptravi Oral Tablet Therapy Pack 200 & 800 MCG

Uptravi Oral Tablet 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG, 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP2C8.

## **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 External Gel 0.016 %

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico. Tratamiento tópico para linfoma cutáneo de células T de tipo micosis 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

# VALTOCO

---

## **Medicamentos**

Valtoco 10 Mg Dose Nasal Liquid 10 Mg/0.1ml  
Valtoco 15 Mg Dose Nasal Liquid Therapy Pack 7.5 Mg/0.1ml  
Valtoco 20 Mg Dose Nasal Liquid Therapy Pack 10 Mg/0.1ml  
Valtoco 5 Mg Dose Nasal Liquid 5 Mg/0.1ml

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Glaucoma agudo de ángulo estrecho.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de epilepsia con episodios estereotípicos intermitentes de actividad convulsiva frecuente (es decir, grupos de convulsiones, convulsiones repetitivas agudas) que son distintos del patrón de convulsiones habitual de un paciente.

## **Restricción de Edad**

6 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **VEMLIDY**

---

### **Medicamentos**

Vemlidy Oral Tablet 25 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 Starting Pack Oral Tablet 10 & 50 & 100 MG

Venclexta Oral Tablet 10 MG, 50 MG, 100 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

El inhibidor fuerte de CYP3A en el inicio y durante la fase de aceleración está contraindicado.

## **Información Médica Requerida**

1. Indicaciones de uno de los siguientes: a) Leucemia linfocítica crónica (CLL) o linfoma linfocítico pequeño (SLL), O b) En combinación con azacitidina o decitabina o citarabina en dosis bajas para el tratamiento de leucemia mieloide aguda recién diagnosticada (AML) en adultos que tienen 75 años o más, o que tienen comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva. 2. Evaluación del riesgo de síndrome de lisis tumoral.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

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

## VENTAVIS

---

### **Medicamentos**

Ventavis Inhalation Solution 10 MCG/ML, 20 MCG/ML

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **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 Tablet 50 MG, 100 MG, 150 MG, 200 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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 aromatasa como terapia endocrina inicial para el tratamiento de mujeres postmenopáusicas 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 fulvestrant 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



# VITRAKVI

---

## **Medicamentos**

Vittrakvi Oral Solution 20 MG/ML

Vittrakvi Oral Capsule 25 MG, 100 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de tumor solido que:

- tiene fusión del gen neurotrópico tirosina quinasa (NTRK) sin una mutación conocida adquirida de resistencia, Y
- El tumor son metastásico o donde la resección quirúrgica es probable que resulte en morbilidad, Y
- No tiene tratamientos alternativos satisfactorios o ha progresado después del tratamiento.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Debe ser cubierto bajo el beneficio de la Parte D.

## VIZIMPRO

---

### **Medicamentos**

Vizimpro Oral Tablet 15 MG, 30 MG, 45 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón metastásico de células no pequeñas (NSCLC) con crecimiento epidérmico del receptor del factor (EGFR) supresión del exón 19 o mutaciones de sustitución del exón 21 L858R, detectadas por una prueba aprobada por la FDA.

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Vosevi Oral Tablet 400-100-100 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista de Enfermedades Infecciosas.

**Duración de Cubierta**

12 semanas

**Otros Criterios**

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

# VOTRIENT

---

**Medicamentos**

Votrient Oral Tablet 200 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de a) carcinoma de célula renal avanzado O b) sarcoma de tejido blando (STS) avanzado que hayan recibido quimioterapia previa. 2. Niveles de transaminasas séricas 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

## **XALKORI**

---

### **Medicamentos**

Xalkori Oral Capsule 200 MG, 250 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes, según detectado por una prueba aprobada por la FDA: a) cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC) cuyos tumores son linfoma quinasa anaplásico (ALK) o ROS1 positivo, O b) recurrente o refractario, linfoma anaplásico sistémico de células grandes (ALCL) que es ALK positivo.

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Xatmep Oral Solution 2.5 MG/ML

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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.

## **XCOPRI**

---

### **Medicamentos**

Xcopri (250 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 50 & 200 Mg

Xcopri (350 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 150 & 200 Mg

Xcopri Oral Tablet Therapy Pack 14 X 12.5 Mg & 14 X 25 Mg

Xcopri Oral Tablet Therapy Pack 14 X 150 Mg & 14 X 200 Mg, 14 X 50 Mg & 14 X100 Mg

Xcopri Oral Tablet 50 Mg, 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial.

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor.

### **Restricción de Médico**Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# **XELJANZ**

---

## **Medicamentos**

Xeljanz Oral Tablet 5 MG, 10 MG

Xeljanz XR Oral Tablet 24 Hour 11 MG, 22 MG

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de: a) Artritis Reumatoide activa: de moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia al Metotrexate. Se puede usar como monoterapia o en combinación con Metotrexate u otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos (DMARDs). b) Artritis Psoriásica: pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia al Metotrexate u otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs). c) Colitis Ulcerativa: moderada a grave. 2. El paciente ha sido examinado para detectar la infección de tuberculosis (TB) en el último año y la TB latente se ha descartado o se está tratando según las guías. 3. Evaluación de linfopenia: ANC (recuento absoluto de neutrófilos), recuento absoluto de linfocitos, hemoglobina.

## **Restricción de Edad**

18 años o mayor.

## **Restricción de Médico**

Reumatólogo, Gastroenterólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

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



## **XENAZINE**

---

### **Medicamentos**

Tetrabenazine Oral Tablet 12.5 MG, 25 MG

### **Indicaciones**

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

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Discinesia tardía, síndrome de Tourette

### **Criterios de Exclusión**

1. Activamente suicida, o que tiene depresión que no se trata o subtratado. 2. Insuficiencia hepática. 3. Tomar inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o reserpina. 4. Tomando deutetabenazina o valbenazina.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de corea asociada a la enfermedad de Huntington.

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor.

### **Restricción de Médico**

Diagnóstico de, a) Corea asociada con la enfermedad de Huntington's O, b) Disquinesia tardía, O c) Síndrome de Tourette con fallo contraindicación o intolerancia al haloperidol.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno.

# XGEVA

---

## **Medicamentos**

Xgeva Solution 120 MG/1.7ML Subcutaneous

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Hipercalcemia (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 múltiple mieloma y en pacientes con metástasis ósea de tumores sólidos, O
2. Adultos y adolescentes esqueléticamente maduros con tumor de células gigantes de hueso y tumor es irresecable o resección quirúrgica es probable que resulte en morbilidad grave, O
3. Paciente tiene diagnóstico de hipercalcemia de malignidad refractario a terapia con bifosfonato.

## **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 Tablet 200 MG, 550 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico o uso previsto para uno de los siguientes: a. diarrea del viajero (TD) causada por cepas no invasivas de *Escherichia coli*. si. Reducción del riesgo de encefalopatía hepática manifiesta (HE). C. Tratamiento del síndrome del intestino irritable con diarrea (IBS-D).

### **Restricción de Edad**

Diarrea del viajero, de 12 años 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 Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML  
Xolair Solution Reconstituted 150 MG Subcutaneous ,

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Asma persistente de moderada a grave en pacientes con una prueba cutánea positiva o reactividad in vitro a un aeroalergeno perenne y síntomas que no se controlan adecuadamente con corticosteroides inhalados, O 2) Pólipos nasales en pacientes con respuesta inadecuada a corticosteroides nasales, como tratamiento de mantenimiento adicional, O 3) Urticaria idiopática crónica: debe tener urticaria durante más de 6 semanas, con síntomas presentes durante más de 3 días / semana a pesar de la terapia diaria con antihistamínicos H1 no sedantes (p. ej., cetirizina, desloratadina , fexofenadina, levocetirizina, loratadina) Y debe haber probado la terapia con un modificador de leucotrienos (por ejemplo, montelukast) con un antihistamínico H1 no sedante diario, a menos que haya intolerancia o contraindicación.

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Alergólogo, inmunólogo, neumólogo o dermatólogo.

**Duración de Cubierta**

Inicial: 6 meses. Continuación: 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 beta agonistas 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).

## **XOSPATA**

---

### **Medicamentos**

Xospata Oral Tablet 40 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML), de relapso refractaria con la mutación FLT3 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**

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D.

# XPOVIO

---

## **Medicamentos**

Xpovio (100 Mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 Mg  
Xpovio (60 Mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 Mg  
Xpovio (60 Mg Twice Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 Mg  
Xpovio (80 Mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 Mg  
Xpovio (80 Mg Twice Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 Mg  
Xpovio (40 Mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 Mg  
Xpovio (40 Mg Twice Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 Mg

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) mieloma múltiple, para usar en combinación con bortezomib y dexametasona en pacientes que han recibido al menos una terapia previa, O 2) mieloma múltiple en recaída o refractario, en combinación con dexametasona en pacientes que han recibido al menos cuatro terapias previas y cuya enfermedad es refractaria a al menos dos inhibidores del proteasoma, al menos dos agentes inmunomoduladores y un anticuerpo monoclonal anti-CD38, O 3) linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) recidivante o refractario, no especificado de otra manera, incluyendo DLBCL que surge del linfoma folicular, después de al menos 2 líneas de terapia sistémica.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **XTANDI**

---

### **Medicamentos**

Xtandi Oral Capsule 40 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes cánceres de próstata: 1) Resistente a la castración, O 2) Sensible a la castración metastásico.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Oncólogo o Hematólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **XURIDEN**

---

### **Medicamentos**

Xuriden Oral Packet 2 GM

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de aciduria erótica hereditaria.

### **Restricción de Edad**

2 meses o más.

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



**Medicamentos**

Xyrem Oral Solution 500 MG/ML

**Indicaciones**

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

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Fibromialgia

**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.

**Medicamentos**

Yonsa Oral Tab 125 mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Embarazo

**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

**Medicamentos**

Miglustat Oral Capsule 100 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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

**Medicamentos**

Zejula Oral Cap. 100 mg

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Para uno de los siguientes usos previstos: 1) Como tratamiento de mantenimiento, para el cáncer epitelial avanzado de ovario, trompas de Falopio o peritoneal primario que se encuentran en una respuesta completa o parcial a la quimioterapia de primera línea basada en platino. O 2) Como tratamiento de mantenimiento, para el cáncer epitelial de ovario, trompas de Falopio o peritoneal primario recurrente que se encuentran en una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino. O 3) Tratamiento de cáncer avanzado de ovario, trompas de Falopio o peritoneal primario que han sido tratados con tres o más regímenes de quimioterapia previos y cuyo cáncer está asociado con un estado positivo de deficiencia de recombinación homóloga (HRD) definido por: a) deletéreo o presunto deletéreo mutación BRCA, o b) inestabilidad genómica y que hayan progresado más de seis meses después de la respuesta a la última 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

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de 1. Melanoma no resecable o metastásico con mutación BRAF V600E, O 2. Enfermedad de Erdheim-Chester con mutación BRAF V600. Línea de base: electrocardiograma, electrolitos, enzimas hepáticas y bilirrubina. Mutación 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

## **ZEPATIER**

---

### **Medicamentos**

Zepatier Oral Tablet 50-100 MG

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

1. Pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C).
2. Inhibidores de OATP1B1 / 3 que se sabe o se espera que aumentan las concentraciones plasmáticas de grazoprevir, inductores potentes de CYP3A y efavirenz.
3. Si se administra con ribavirin, también se aplican las contraindicaciones para la ribavirin.

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico, 2. Genotipo, 3. Estado de tratamiento del paciente (tratamiento nuevo o con experiencia en tratamiento), y 4. Se requiere estado de cirrosis.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

### **Duración de Cubierta**

12 a 16 semanas. Los criterios se aplicarán de acuerdo con las guías actuales de AASLD / IDSA.

### **Otros Criterios**

Ninguno

## ZOLINZA

---

### **Medicamentos**

Zolinza Oral Cap 100 mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico; Linfoma cutáneo de células T (CTCL) que tiene la enfermedad progresiva, persistente o recurrente durante o después de dos terapias sistémicas. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo: antes del inicio del tratamiento.

### **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

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Criterios de Exclusión**

Antecedentes de reacciones alérgicas graves que incluyen anafilaxia y necrólisis epidérmica tóxica.

**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 Capsule 150 mg

Zykadia Oral Tablet 150 Mg

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### **Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico cuyos tumores son linfoma quinasa anaplásico (ALK) positivos. 2. Confirmación de la mutación ALK positiva 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

# ZYTIGA

---

**Medicamentos**

Abiraterone Acetate Oral Tablet 250 MG

Zytiga Oral Tablet 500 MG

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**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 más

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## Índice

Abelcet Suspension.....	28	Amphetamine- Dextroamphetamine Oral Tab .....	6	CABOMETYX .....	32
Abilify Maintena Intramuscular Prefilled Syringe .....	15	Amphotericin B Solution Reconstituted.....	28	Calcitriol Oral Solution.	28
Abilify Maintena Intramuscular Suspension Reconstituted Er.....	15	Ampicillin Sodium Solution Reconstituted .....	28	CALQUENCE .....	33
abiraterone acetate .....	218	Ampicillin-Sulbactam Sodium Solution Reconstituted.....	28	Caplyta Oral Capsule ....	15
Acetylcysteine Solution	28	Anadrol-50 Oral .....	12	CARBAGLU.....	34
Acitretin Oral Cap.....	2	ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR ....	13	Caspofungin Acetate Solution Reconstituted .....	28
Actimmune Solution .....	3	Aprepitant Oral .....	28	CAYSTON.....	35
Acyclovir Sodium Solution .....	28	APTIOM ORAL TABLET .....	16	Cefoxitin Sodium .....	28
adapalene external cream .....	180	ARCALYST .....	17	Cefuroxime Sodium Solution .....	28
adapalene external gel.	180	Aristada Initio .....	15	CHANTIX.....	36
adapalene external solution .....	180	Aristada Intramuscular Prefilled Syringe .....	15	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	36
adefovir dipivoxil.....	73	armodafinil oral.....	124	CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	36
ADEMPAS .....	5	atovaquone oral.....	108	Chlorzoxazone Oral Tablet 500 Mg .....	37
Afinitor Disperz Oral Tablet Soluble .....	7	AVITA .....	180	CHOLBAM.....	38
Afinitor Oral Tablet .....	7	Ayvakit Oral Tablet .....	18	Cinacalcet.....	28
Aimovig Subcutaneous Solution.....	8	Azathioprine Oral Tablet .....	28	Clinimix/Dextrose.....	28
Albuterol Sulfate Nebulization.....	28	BALVERSA .....	19	Clomipramine Oral Tablet .....	22
ALECENSA.....	9	BANZEL.....	20	Clorazepate Dipotassium Oral Tablet .....	22
alose tron hcl .....	102	Baraclude Oral Solution	21	Colistimethate Sodium (Cba) .....	28
Alunbrig Oral Tablet.....	10	BENLYSTA.....	24	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) .....	14
Alunbrig Oral Tablet Therapy Pack .....	10	Benzotropine Mesylate Oral Tablet .....	22	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) .....	14
Alyq Oral Tablet .....	4	BETASERON .....	85	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) .....	14
Ambisome Suspension Reconstituted.....	28	bexarotene .....	170	COPIKTRA.....	39
ambrisentan .....	97	Bivigam Solution Oral ..	28	CORLANOR.....	40
Aminosyn-PF Solution..	28	BOSULIF.....	14	COTELLIC .....	41
Amitriptyline Oral Tablet .....	22	Braftovi Oral Cap.....	107	Cromolyn Sodium.....	28
Amphetamine- Dextroamphetamine Oral Cap .....	6	BRIVIACT ORAL SOLUTION.....	25	cyclobenzaprine hcl oral	42
		BRIVIACT ORAL TABLET .....	25	Cyclophosphamide Oral	28
		Brukinsa .....	26	Cyclosporine Modified .	29
		Budesonide Suspension	28	Cyclosporine Modified Oral Solution.....	29
				Cyclosporine Oral .....	28

Cyproheptadine HCl Oral Syrup..... 22	ENTRESTO ..... 50	Geodon Intramuscular... 15
Cyproheptadine HCl Oral Tablet ..... 22	EPCLUSA..... 51	GILENYA..... 68
Dalfampridine ER..... 11	EPIDIOLEX..... 52	GILOTRIF ..... 14
DAURISMO ..... 43	ERIVEDGE..... 14	glatiramer acetate ..... 69
deferasirox..... 56	ERLEADA ..... 53	GLATOPA..... 69
Deferiprone Oral Tablet 60	Erlotinib Oral Tab..... 169	Granisetron Hcl Oral..... 29
Depo-Provera Suspension ..... 29	Erythrocin Lactobionate Solution Reconstituted ..... 29	Guanfacine Oral Tablet. 22
Desipramine HCl Oral Tablet ..... 22	ESBRIET ORAL CAPSULE..... 55	Guanfacine Oral Tablet ER 24HR..... 22
Dextroamphetamine Sulfate ..... 6	ESBRIET ORAL TABLET ..... 55	HARVONI ..... 72
Diacomit..... 45	Estradiol Oral Tablet..... 22	Heparin Sodium (Porcine) Solution..... 29
Diazepam Oral Concentrate ..... 22	Estradiol Patch Weekly Transdermal ..... 22	Hepatamine Solution..... 29
Diazepam Oral Solution 22	Everolimus Oral Tablet 0.25 Mg 0.5 Mg 0.75 Mg ..... 29	HETLIOZ..... 74
Diazepam Oral Tablet... 22	Everolimus Oral Tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg ..... 7	Humira Pediatric ..... 46
Dicyclomine Oral Capsule ..... 22	Fanapt Oral Tablet ..... 15	Humira Pen ..... 46
Dicyclomine Oral Solution ..... 22	Fanapt Titration Pack.... 15	Humira Prefilled Syringe ..... 46
Dicyclomine Oral Tablet 22	FARYDAK ..... 57	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 75
Digitek Oral Tablet ..... 22	Fentanyl Citrate Buccal. 58	HUMULIN R U-500 KWIKPEN ..... 75
Digox Oral Tablet ..... 22	Fentanyl Citrate Lozenge On A Handle ..... 58	Hydromorphone Hcl Pf Solution..... 29
Digoxin Oral Solution... 22	Fentanyl Transdermal Patch 72 Hour ..... 58	Ibrance Oral Capsule..... 76
Digoxin Oral Tablet ..... 22	FERRIPROX..... 60	Ibrance Oral Tablet ..... 76
Diphenoxylate-Atropine Oral Liquid..... 22	Fintepla Oral Solution... 62	Icatibant Acetate Subcutaneous ..... 63
Diphenoxylate-Atropine Oral Tablet ..... 22	Fluconazole In Sodium Chloride Solution ..... 29	ICLUSIG..... 77
Diphtheria-Tetanus Toxoids Dt Suspension ..... 29	FORTEO ..... 64	IDHIFA ..... 78
Doxepin HCl Oral Capsule ..... 22	Freamine Hbc Solution . 29	imatinib mesylate ..... 79
Doxepin HCl Oral Concentrate ..... 22	Fyavolv Oral Tablet ..... 22	IMBRUVICA..... 80
Drizalma Sprinkle ..... 48	FYCOMPA ..... 65	Imipenem-Cilastatin Solution..... 29
Dronabinol Oral ..... 29	Gammagard S/D Less Iga ..... 29	Imipramine Oral Tablet. 22
Eligard..... 98	Gammagard Solution .... 29	Imipramine Pamoate ..... 22
Emend Oral Suspension 29	Gammaplex Solution .... 29	Inbrija..... 81
ENBREL..... 49	Gamunex-C Solution .... 29	INCRELEX..... 82
Engerix-B Suspension... 29	GATTEX..... 66	INLYTA..... 14
Entecavir Oral Tablet.... 21	Gavreto..... 67	Inqovi Oral Tablet..... 83
	Gengraf Oral Capsule ... 29	INREBIC..... 84
	Gengraf Oral Solution... 29	Intralipid Emulsion ..... 29
		INTRON A..... 86
		Invega Sustenna Intramuscular

Suspension Prefilled Syringe .....	15	Lupron Depot .....	98	Nortriptyline HCl Oral Capsule.....	22
Invega Trinza Intramuscular Suspension Prefilled Syringe .....	15	LYNPARZA .....	104	Nortriptyline HCl Oral Solution.....	22
Ipratropium Bromide Solution.....	29	MATULANE .....	105	Nubeqa .....	120
Ipratropium-Albuterol Solution.....	29	Mavyret Oral Tab.....	106	NUCALA.....	121
IRESSA.....	87	Megestrol Acetate Oral Suspension .....	22	NUEDEXTA.....	122
JAKAFI.....	88	Megestrol Acetate Oral Tablet .....	22	NUPLAZID ORAL CAPSULE.....	123
JUXTAPID .....	89	MEKINIST .....	14	NUPLAZID ORAL TABLET .....	123
KALYDECO ORAL PACKET.....	90	Mektovi Oral Tab.....	107	Nutrilipid Emulsion .....	30
KALYDECO ORAL TABLET .....	90	Menest Oral Tablet .....	22	Octreotide Acetate Solution.....	30
KISQALI FEMARA Therapy Pack .....	92	meperidine hcl injection solution.....	44	ODOMZO.....	125
KISQALI ORAL TABLET THERAPY PACK.....	91	Methotrexate Oral Tablet .....	30	Ofev oral .....	126
KORLYM .....	93	.....	30	Ondansetron Hcl Oral ...	30
Koselugo Oral Capsule .	94	Methotrexate Sodium....	30	Ondansetron Oral Tablet Dispersible .....	30
Lapatinib Ditosylate Oral Tablet .....	184	Methotrexate Sodium (Pf) Solution.....	30	ONUREG.....	14
Latuda .....	15	methoxsalen rapid .....	109	OPSUMIT .....	127
Lenvima .....	96	miglustat.....	211	Orfadin Oral Capsule ..	117
Leuprolide Acetate.....	98	modafinil.....	111	Orfadin Oral Suspension .....	117
Levalbuterol Hcl Nebulization.....	29	Mycophenolate Mofetil Oral Capsule.....	30	ORKAMBI.....	128
Levocarnitine Oral Solution.....	29	Mycophenolate Mofetil Oral Suspension Reconstituted.....	30	Oxandrolone Oral Tablet .....	12
Lidocaine Hcl Urethral/Mucosal Gel	30	Mycophenolate Sodium Oral Tablet Delayed Release .....	30	Paricalcitol Oral Capsule .....	30
Lidocaine Ointment 5 % External .....	30	Nafcillin Sodium Solution Reconstituted.....	30	Paroxetine HCL Oral Tablet .....	22
Lidocaine-Prilocaine Cream 2.5-2.5 % External .....	30	NATPARA.....	112	Paroxetine HCl Tablet ER 24HR.....	22
linezolid intravenous solution.....	99	NAYZILAM .....	113	PEGASYS.....	130
linezolid oral .....	99	Neoral Oral Capsule.....	30	Pemazyre Oral Tablet .	131
LINZESS.....	100	Neoral Oral Solution.....	30	Pentamidine Isethionate Inhalation Solution Reconstituted.....	30
Lorbrena Oral Tab.....	101	Nephramine Solution ....	30	Pentamidine Isethionate Injection Solution Reconstituted.....	30
LUPANETA .....	103	NERLYNX .....	114	Perforomist Nebulization Solution.....	30
		Neupogen .....	61	Perphenazine-Amitriptyline Oral Tablet .....	22
		NEXAVAR.....	115		
		NINLARO.....	116		
		Nitisinone.....	117		
		Nityr.....	117		
		Nivestym.....	61		
		NORDITROPIN FLEXPRO.....	70		
		Northera Oral Cap.....	119		

Perseris.....	15	Retevmo Oral.....	145	Tacrolimus External	
Phenobarbital Oral Elixir		REVLIMID.....	146	Ointment.....	177
.....	22	Rexulti.....	15	Tacrolimus Oral Capsule	
Phenobarbital Oral Tablet		Riluzole Oral Tab.....	147	.....	31
.....	22	Rinvoq Oral.....	148	Tadalafil (PAH) Oral	
Piqray.....	133	Risperdal Consta.....	15	Tablet.....	4
Polymyxin B Sulfate		Rozlytrek.....	149	TAFINLAR.....	14
Solution Reconstituted		RUBRACA.....	150	Tagrisso Oral Tab.....	165
.....	30	Rufinamide.....	20	TAKHZYRO.....	166
POMALYST.....	14	Rydapt Oral Cap.....	151	TALTZ.....	167
Premarin Oral Tablet.....	22	Sandimmune Solution...	30	Talzenna Oral Cap.....	168
Premasol Solution		Saphris.....	15	TARGRETIN	
Intravenous.....	30	sapropterin.....	95	EXTERNAL.....	170
Prempro Oral Tablet.....	22	SAVELLA.....	153	TASIGNA.....	171
Pretomanid.....	134	SAVELLA TITRATION		tazarotene external.....	172
PREVYMIS ORAL....	135	PACK.....	153	TAZORAC EXTERNAL	
Privigen Solution.....	30	Scopolamine Transdermal		.....	172
Procalamine Solution....	30	Patch.....	23	Tazverik Oral Tablet...	173
Prograf Oral Packet.....	30	Secuado Transdermal		Tdvax Suspension.....	31
PROLASTIN-C.....	129	Patch 24 Hour.....	15	TECFIDERA.....	174
PROLIA.....	136	SIGNIFOR.....	154	Teflaro Solution	
PROMACTA ORAL		Sildenafil Citrate Oral		Reconstituted.....	31
PACKET.....	137	Suspension.....	132	Tenivac Injectable.....	31
PROMACTA ORAL		Sildenafil Citrate Oral		testosterone transdermal	
TABLET.....	137	Tablet.....	132	gel.....	178
Promethazine HCl Oral		Sirolimus Oral Solution	30	tetrabenazine.....	201
Tablet.....	22	Sirolimus Oral Tablet....	31	THALOMID.....	175
Prosol Solution.....	30	Sirturo Oral Tab.....	155	Thioridazine HCl Oral	
Protriptyline HCl Oral		SIVEXTRO.....	156	Tablet.....	23
Tablet.....	23	Skyrizi.....	157	Thiothixene Oral Capsule	
Pulmozyme Solution.....	30	sodium phenylbutyrate oral		.....	23
Qinlock Oral.....	138	powder.....	27	Tibsovo Oral Tab.....	176
quetiapine fumarate er oral		sodium phenylbutyrate oral		tigecycline.....	183
tablet extended release		tablet.....	27	Tobramycin Nebulization	
24 hour.....	139	SOLTAMOX.....	14	Solution.....	31
quetiapine fumarate oral		Somatuline Depot Solution		Tobramycin Sulfate	
tablet.....	139	.....	31	Solution.....	31
Ranolazine Oral Tablet	140	SOMAVERT.....	158	Tpn Electrolytes Solution	
RAVICTI.....	141	SPRYCEL.....	159	Intravenous.....	31
Recombivax Hb		Stelara.....	160	Travasol Solution.....	31
Suspension.....	30	STIVARGA.....	14	Trelegy Ellipta.....	179
RECTIV.....	142	SUTENT.....	161	Trelstar Mixject.....	98
REGRANEX.....	143	Symlin Pen.....	162	tretinoin external cream	
RELISTOR.....	110	SYNAREL.....	163	.....	180
Repatha.....	144	SYNRIBO.....	14	tretinoin external gel ...	180
RETACRIT.....	54	Tabrecta Oral.....	164		

Trihexyphenidyl Hcl Oral Elixir .....	23	VERZENIO.....	192	XTANDI .....	207
Trihexyphenidyl HCl Oral Tablet .....	23	Vigabatrin .....	152	XURIDEN.....	208
Trimipramine Maleate Oral .....	23	VITRAKVI .....	193	XYREM .....	209
Trophamine Solution ....	31	VIZIMPRO .....	194	Yonsa Oral Tab.....	210
Tukysa Oral.....	181	VOSEVI.....	195	Zaleplon .....	118
Turalio.....	182	VOTRIENT.....	196	Zejula Oral Cap.....	212
Tymlos .....	185	Vraylar Oral Capsule ....	15	Zelboraf Oral Tablet ...	213
Uptravi .....	186	Vraylar Oral Capsule Therapy Pack .....	15	ZEMAIRA .....	129
VALCHLOR.....	187	XALKORI.....	197	ZEPATIER.....	214
Valtoco Dose Nasal Liquid .....	188	XATMEP .....	198	Zolinza Oral Cap.....	215
VEMLIDY .....	189	Xcopri Oral .....	199	Zolpidem Tartrate ER Oral Tablet .....	118
VENCLEXTA.....	190	XELJANZ.....	200	Zolpidem Tartrate Oral Tablet .....	118
VENCLEXTA STARTING PACK. ....	190	XELJANZ XR .....	200	Zortress Oral Tablet .....	31
VENTAVIS.....	191	XGEVA.....	202	Zydelig Oral Tab.....	216
		XIFAXAN.....	203	Zykadia Oral .....	217
		Xolair .....	204	ZYTIGA.....	218
		XOSPATA .....	205		
		Xpovio.....	206		