



## **CRITERIOS DE PREAUTORIZACION 2024**

MMM Único, MMM Elite, PMC Max, MMM Plenitud, MMM Encanto, MMM Supremo, MMM Deluxe, MMM Balance, MMM Valioso, MMM Diamante Platino, MMM Relax Platino, MMM Valor Platino, MMM Plus Platino, MMM Dorado Platino, PMC Premier Platino, MMM ELA Relax, MMM ELA Cash, MMM ELA Grande, MMM ELA Dinamico Plus, MMM ELA Advantage, MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Mas, MMM Alianza Flex, MMM Alianza Somos, MMM Alianza UPR Grande, MMM Alianza UPR Cash, MMM Alianza UPR Dinámico.

# ACITRETIN

---

## **Medicamentos**

Acitretin Oral Cap 10 mg, 17.5 mg, 25 mg

## **Criterios de Exclusión**

1. Función hepática o renal gravemente alterada. 2. Valores de lípidos en sangre anormalmente elevados de forma crónica. 3. Uso concomitante de metotrexato o tetraciclinas. 4. Embarazo. 5. Mujeres en edad fértil que tengan la intención de quedar embarazadas durante el tratamiento o en cualquier momento durante al menos 3 años después de suspender el tratamiento. 6. Mujeres en edad fértil que no utilizarán métodos anticonceptivos fiables durante el tratamiento y durante al menos 3 años después de la interrupción.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de psoriasis severa. 2. Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés). 3. Prueba de función hepática (LFT, según siglas en inglés). 4. Panel de lípidos 5. El médico debe documentar que el paciente no tiene ningún problema renal, hepático o cardiovascular.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Dermatólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ACTHAR

---

## Medicamentos

Acthar Gel Injection 80 UNIT/ML Injection  
Acthar Gel Subcutaneous Auto-Injector 40 UNIT/0.5ML  
Acthar Gel Subcutaneous Auto-Injector 80 UNIT/ML

## Criterios de Exclusión

1. Esclerodermia. 2. Osteoporosis. 3. Infecciones fúngicas sistémicas. 4. Herpes simple ocular. 5. Cirugía reciente. 6. Antecedentes o presencia de úlcera péptica. 7. Insuficiencia cardíaca congestiva. 8. Hipertensión descontrolada. 9. Sensibilidad a proteínas derivadas de fuentes porcinas. 10. Insuficiencia adrenocortical primaria o hiperfunción adrenocortical. 11. Infantes menores de 2 años con sospecha de infecciones congénitas. 12. Administración concomitante de vacunas vivas o vivas atenuadas en pacientes que reciben dosis inmunosupresoras de Acthar Gel.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) espasmos infantiles, B) esclerosis múltiple, para exacerbaciones agudas, C) trastornos reumáticos: como terapia adjunta para administración a corto plazo en el manejo de un episodio agudo o exacerbación de: artritis reumatoide, artritis reumatoide juvenil (JRA) / artritis idiopática juvenil (JIA), o espondilitis anquilosante, D) sarcoidosis sintomática, E) enfermedades oftálmicas: queratitis, iritis, iridociclitis, uveítis posterior difusa, coroiditis, neuritis óptica, coriorretinitis e inflamación del segmento anterior, F) síndrome nefrótico, para la inducción de diuresis o remisión de proteinuria, G) estados dermatológicos y alérgicos: incluyendo eritema multiforme grave, síndrome de Stevens-Johnson o enfermedad del suero, o enfermedades del colágeno como lupus eritematoso sistémico (LES) o dermatomiositis sistémica (polimiositis), H) artritis psoriásica (PsA), como tratamiento adyuvante de un episodio agudo o exacerbación. 2. Resultados negativos en la prueba de Derivado Proteico Purificado (PPD, según siglas en inglés) para tuberculosis o el paciente está recibiendo actualmente quimioprofilaxis.

## Restricción de Edad

Ninguna

## Restricción de Médico

Ninguna

## Duración de Cubierta

Inicial: 3 meses. Renovación: 6 meses

## Otros Criterios

Para la renovación: el médico debe proporcionar una certificación de que el paciente tuvo una respuesta clínica positiva con el agente solicitado. Sujeto a revisión B vs. D, excepto Acthar Gel Subcutaneous Auto-Injector 40 unit/0.5ml y Acthar Gel Subcutaneous Auto-Injector 80 unit/ml.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

## Pendiente de revisión por CMS

# ACTIMMUNE

---

## **Medicamentos**

Actimmune Solution 2000000 UNIT/0.5ML Subcutaneous

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Enfermedad Granulomatosa Crónica (CGD, según siglas en inglés), para reducir la frecuencia y severidad de infecciones graves. B) Osteopetrosis maligna severa (SMO, según siglas en inglés), para retrasar el tiempo de progresión de la enfermedad. 2. BSA (peso y altura). 3. Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés). 4. CBC con diferencial y plaquetas (PLT, según siglas en inglés). 5. Prueba de función hepática (ALT, AST, según siglas en inglés).

## **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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ADCIRCA

---

## **Medicamentos**

Alyq Oral Tablet 20 MG

Tadalafil (PAH) Oral Tablet 20 MG

## **Criterios de Exclusión**

1. Uso para la disfunción eréctil. 2. Pacientes que toman nitratos 3. Pacientes que toman estimuladores de guanilato ciclasa (GC, según siglas en inglés).

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (PAH, según siglas en inglés) (Grupo 1 de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio. Los estudios que establecieron la efectividad incluyeron predominantemente pacientes con clase funcional II/III de la NYHA, síntomas y etiologías de PAH idiopática o hereditaria o PAH asociado con enfermedades del tejido conectivo. 2. Diagnóstico confirmado mediante cateterismo cardíaco derecho. 3. Creatinina sérica (Scr, según siglas en inglés) o aclaramiento de creatinina. 4. Para pacientes con insuficiencia hepática: Clase Child Pugh. Para la indicación de hipertensión arterial pulmonar aprobada por la FDA, los pacientes que actualmente toman tadalafilo pueden continuar la terapia si tienen un diagnóstico de 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ADEMPAS

---

## Medicamentos

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

## Criterios de Exclusión

1. Embarazo. 2. Uso concomitante de nitratos, donantes de óxido nítrico o inhibidores de la fosfodiesterasa. 3. Uso concomitante de otros estimuladores de guanilato ciclasa soluble (sGC, según siglas en inglés). 4. Hipertensión pulmonar asociada a neumonías intersticiales idiopáticas.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica persistente/recurrente (CTEPH, según siglas en inglés) (Grupo 4 de la OMS) después de un tratamiento quirúrgico o CTEPH inoperable para mejorar la capacidad de ejercicio y la clase funcional de la OMS. B) Hipertensión Arterial Pulmonar (PAH, según siglas en inglés) (Grupo 1 de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio, mejorar la clase funcional de la OMS y retrasar el empeoramiento clínico. 2. Diagnóstico confirmado mediante cateterismo cardíaco derecho. 3. Prueba de embarazo en mujeres en edad fértil previa al inicio. 4. Para pacientes con PAH (Grupo 1 de la OMS) los estudios que establecieron la efectividad incluyeron predominantemente pacientes con clase funcional II/III de la OMS y etiologías de PAH idiopática o hereditaria o PAH 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.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# ADHD/NARCOLEPSIA

---

## 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 5MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG

## 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. Durante o dentro de los 14 días posteriores a la administración de los inhibidores de la monoamino oxidasa (MAOI, según siglas en inglés).

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD, según siglas en inglés). B) Narcolepsia. 2. Para narcolepsia, presentación de estudio del sueño para confirmar el diagnóstico.

## Restricción de Edad

Ninguna

## Restricción de Médico

Ninguna

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# AFINITOR

---

## **Medicamentos**

Everolimus Oral Tablet Soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg

Everolimus Oral Tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg

## **Criterios de Exclusión**

Hipersensibilidad a everolimus o a otros derivados de la rapamicina.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Urólogo, Neurólogo, Gastroenterólogo, Nefrólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# AIMOVIG

---

## **Medicamentos**

Aimovig Subcutaneous Solution Auto-Injector 140 Mg/MI

Aimovig Subcutaneous Solution Auto-Injector 70 Mg/MI

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de migraña y medicamento se utilizará como tratamiento preventivo. 2. Al menos 4 días de dolor de cabeza por migraña por mes (antes de iniciar un medicamento preventivo para la 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 farmacológicas profilácticas estándar, según el médico que las recetó. O 2. El paciente experimentó eventos adversos lo suficientemente graves como para justificar la interrupción de ambas terapias profilácticas estándar, según el médico que lo recetó., O 3. El paciente ha tenido una eficacia inadecuada con 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 lo recetó.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **AKEEGA**

---

## **Medicamentos**

Akeega Oral Tablet 100-500 mg, 50-500 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de mutación BRCA deletérea o presuntamente deletérea (BRCAm, según siglas en inglés) cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC, según siglas en inglés). 2. La mutación BRCA fue confirmada mediante una prueba aprobada por la FDA para AKEEGA.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ALECENSA

---

## **Medicamentos**

Alecensa Oral Capsule 150mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) positivo para linfoma quinasa anaplásico (ALK, según siglas en inglés) (tumores mayores o iguales a 4 cm o ganglios positivos), como tratamiento adyuvante después de la resección del tumor, O B) ALK- NSCLC metastásico positivo. 2. ALK positivo detectado mediante una prueba aprobada por la FDA. 3. Prueba de función hepática (ALT, AST o bilirrubina) y clase Child Pugh.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ALUNBRIG

---

## **Medicamentos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK, según siglas en inglés) detectado mediante una prueba aprobada por la FDA. 2. Prueba de función hepática (AST, ALT y bilirrubina total) 3. Amilasa y lipasa séricas. 4. Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés).

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# AMJEVITA

---

## Medicamentos

Amjevita Subcutaneous Solution Auto-Injector 40 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml

Amjevita Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 mg/0.4ml, 40 Mg/0.8ml

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Artritis reumatoide activa (RA, según siglas en inglés) de moderada a severa para reducir los signos y síntomas, inducir una respuesta clínica importante, inhibir la progresión del daño estructural y mejorar la función física. B) Artritis idiopática juvenil (JIA, según siglas en inglés) poliarticular activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas. C) Artritis Psoriásica Activa (PsA, según siglas en inglés) para reducir los signos y síntomas, inhibiendo la progresión del daño estructural y mejorar la función física. D) Espondilitis anquilosante activa (AS, según siglas en inglés) para reducir los signos y síntomas. E) Enfermedad de Crohn activa (CD, según siglas en inglés) de moderada a severa. F) Colitis ulcerosa activa (UC, según siglas en inglés) de moderada a severa. G) Psoriasis en placas (Ps, según siglas en inglés) crónica de moderada a severa en pacientes candidatos a terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas sean médicamente menos apropiadas. H) Hidradenitis Supurativa (HS, según siglas en inglés) de moderada a severa. I) Uveítis (UV, según siglas en inglés) no infecciosa intermedia, posterior y panuveítis. 2. Prueba PPD para tuberculosis latente.

## Restricción de Edad

Ninguno

## Restricción de Médico

Para RA y AS: Reumatólogo. Para PsA y PS: Reumatólogo o Dermatólogo. Para JIA: Reumatólogo. Para CD o UC: Gastroenterólogo. Para HS: Dermatólogo. Para UV: Oftalmólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

1. Para adultos con artritis reumatoide: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al metotrexato titulado a la dosis máxima tolerada o ha probado una terapia convencional (como sulfasalazina, leflunomida, ciclosporina o hidroxicloroquina) durante al menos 2 meses y tuvo una respuesta inadecuada o contraindicación, entonces se puede autorizar el uso de adalimumab. La mayoría de los pacientes habrán recibido tratamiento inicial con DMARD(s) orales (p. ej., hidroxicloroquina, sulfasalazina, metotrexato, leflunomida, penicilamina, ciclosporina). Si el metotrexato está contraindicado, se debe probar con otro DMARD (p. ej., infliximab, etanercept). Algunos pacientes con factores de pronóstico desfavorables (por ejemplo, edad temprana de inicio de la enfermedad, títulos altos de factor reumatoide, aumento de la velocidad de sedimentación globular, inflamación de más o igual a 20 articulaciones, manifestaciones extraarticulares de RA, según siglas en inglés) o con erosiones articulares pueden iniciar el tratamiento tempranamente. agentes biológicos, como adalimumab, los pacientes serán evaluados por un farmacéutico y/o médico caso por caso para determinar una recomendación de cobertura para el cliente.

2. Para la enfermedad de Crohn: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a al menos dos terapias convencionales, incluidos corticosteroides sistémicos o inmunosupresores (como tiopurinas o metotrexato) o tiene una contraindicación.

3. Para adultos con colitis ulcerosa: el paciente lo ha intentado y fracasó, es intolerante o tiene una contraindicación a la terapia convencional, incluidos corticosteroides sistémicos, fármacos con ácido 5-aminosalicílico o inmunosupresores.

4. Para adultos con PsA: el paciente ha probado y fracasado, es intolerante o tiene contraindicación a al menos una terapia convencional (como metotrexato, sulfasalazina, ciclosporina o leflunomida).

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# AMPYRA

---

## **Medicamentos**

Dalfampridine Oral Tablet ER 10mg

## **Criterios de Exclusión**

Historial de convulsiones. Insuficiencia renal moderada o severa (aclaramiento de creatinina menor o igual a 50 ml/minuto).

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de esclerosis múltiple y el paciente es ambulatorio (capaz de caminar al menos 25 pies) y el paciente tiene problemas para caminar. 2. Aclaramiento de creatinina (CrCL, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en Esclerosis Múltiple

## **Duración de Cubierta**

Inicio: 3 meses. Renovación: 12 meses.

## **Otros Criterios**

Para la renovación, la velocidad al caminar ha mejorado desde el comienzo de la terapia.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ANTINEOPLÁSICOS

---

## Medicamentos

Bosulif Oral Tablet 100 mg, 400 mg, 500 mg  
Bosulif Oral Capsule 50 mg, 100 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  
Erivedge Oral Capsule 150 mg  
Gilotrif Oral Tablet 20 mg, 30 mg, 40 mg  
Inlyta Oral Tablet 1 mg, 5 mg  
Krazati Oral Tablet 200 mg  
Mekinist Oral Tablet 0.5 mg, 2 mg  
Mekinist Oral Solution Reconstituted 0.05 Mg/ML  
Onureg Oral Tablet 200 Mg, 300 Mg  
Orgovyx Oral Tablet 120 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  
Tafinlar Oral Tablet Soluble 10 Mg

## 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.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# ANTIPSICÓTICOS

---

## Medicamentos

Abilify Asimtufii Intramuscular Prefilled Syringe 720 Mg/2.4ml, 960 Mg/3.2ml

Caplyta Oral Capsule 10.5 Mg, 21Mg, 42 Mg

Fanapt Titration Pack

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

Versacloz Oral Suspension 50 mg/ml

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

Vraylar Oral Capsule Therapy Pack 1.5 & 3 Mg

## Criterios de Exclusión

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

## Información Médica Requerida

Uso previo de antipsicóticos genéricos, según indicación Esquizofrenia: clozapina, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Trastorno bipolar maníaco o episodios mixtos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona. Depresión en el trastorno bipolar: olanzapine, quetiapine.

## Restricción de Edad

Según edad aprobada por FDA.

## Restricción de Médico

Ninguna

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# APTIOM

---

## **Medicamentos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial. 2. Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

4 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ARCALYST

---

## **Medicamentos**

Arcalyst Solution Reconstituted 220 mg Subcutaneous

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS, según siglas en inglés), incluido el síndrome autoinflamatorio familiar por frío (FCAS, según siglas en inglés) y el síndrome de Muckle-Wells (MWS, según siglas en inglés). B) Deficiencia de antagonista del receptor de interleucina-1 (DIRA, según siglas en inglés). C) Pericarditis recurrente (RP, según siglas en inglés) y reducción del riesgo de recurrencia.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para continuación, el paciente ha experimentado estabilidad de la enfermedad o mejoría de los síntomas clínicos durante el tratamiento.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# AUBAGIO

---

## **Medicamentos**

Teriflunomide Oral Tablet 14 Mg, 7 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Insuficiencia hepática severa, embarazo y tratamiento actual con leflunomida.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), que incluye síndrome clínicamente aislado, enfermedad recurrente-remitente y enfermedad progresiva secundaria activa.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo o Especialista en Esclerosis Múltiple.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# AUGTYRO

---

## **Medicamentos**

Augtyro Oral Capsule 40 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguna

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según sus siglas en inglés) ROS1 positivo localmente avanzado o metastásico, O b) Tumores sólidos que tienen un receptor de tirosina quinasa neurotrófico (NTRK, según sus siglas en inglés) fusión genética y son localmente avanzados o metastásico o donde es probable que la resección quirúrgica produzca una morbilidad grave, Y haya progresado después del tratamiento o no tenga una terapia alternativa satisfactoria. 2. Se proporcionaron resultados de pruebas de laboratorio que confirman la presencia de reordenamiento de ROS1 en muestras de tumores o fusión del gen (NTRK, según sus siglas en inglés), según detectado por una prueba aprobada por la FDA.

## **Restricción de Edad**

Para NSCLC: 18 años o más. Para tumores sólidos: 12 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# AUSTEDO

---

## **Medicamentos**

Austedo Oral Tablet 6 Mg, 9 Mg, 12 Mg

Austedo Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 6 mg, 12 mg, 24 mg, 30mg, 36mg, 42 mg, 48mg

Austedo XR Patient Titration Oral Tablet Extended Release Therapy Pack 6 & 12 & 24 mg

## **Criterios de Exclusión**

Depresión suicida, no tratada o tratada de forma inadecuada en pacientes con enfermedad de Huntington.

Deterioro hepático. Uso concomitante o menos de 20 días desde la última dosis de reserpina. Uso concomitante o menos de 14 días desde la última dosis de un MAOIs. Uso concomitante de tetrabenazina o valbenazina.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1) Corea asociada con la enfermedad de Huntington. 2) Discinesia tardía.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Psiquiatra.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# AVONEX

---

## **Medicamentos**

Avonex Pen Auto-Injector Kit 30 MCG/0.5ML Intramuscular

Avonex Prefilled Prefilled Syringe Kit 30 MCG/0.5ML Intramuscular

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), incluido el síndrome aislado, enfermedad recurrente-remitente y enfermedad progresiva secundaria activa

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo o Especialista en MS.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para nuevo comienzo: la primera inyección debe administrarse bajo la supervisión de un profesional de la salud debidamente calificado.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# AYVAKIT

---

## Medicamentos

Ayvakit Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 300 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Tumor del estroma gastrointestinal (GIST, según siglas en inglés) irresecable o metastásico que alberga una mutación del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA, según siglas en inglés), incluidas las mutaciones PDGFRA D842V. B) Mastocitosis sistémica avanzada (AdvSM, según siglas en inglés) que incluye mastocitosis sistémica agresiva (ASM, según siglas en inglés), mastocitosis sistémica con una neoplasia hematológica asociada (SM-AHN, según siglas en inglés) y leucemia de mastocitos (MCL, según siglas en inglés). C) Mastocitosis sistémica indolente (ISM, según siglas en inglés). 2. Se debe realizar un recuento de plaquetas antes de iniciar la terapia para AdvSM e ISM. 3. Pruebas de embarazo en mujeres en edad fértil antes del tratamiento.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Alergista e Inmunólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Limitación de uso: No recomendado para el tratamiento de pacientes con AdvSM con recuentos de plaquetas menor de  $50 \times 10^9/L$ .

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# BAFIERTAM

---

## **Medicamentos**

Bafiertam Oral Capsule Delayed Release 95 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Administración concomitante con fumarato de dimetilo o fumarato de diroximel.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir síndrome clínicamente aislado, enfermedad remitente-recurrente y enfermedad progresiva secundaria activa. 2. Conteo completo de células sanguíneas (CBC, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo o Especialista en Esclerosis Múltiple.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# BALVERSA

---

## **Medicamentos**

Balversa Oral Tablet 3 mg, 4 mg, 5 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de carcinoma urotelial (mUC, según siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico que tiene: A) alteraciones genéticas susceptibles de FGFR3 y B) la enfermedad ha progresado durante o después de al menos una línea de terapia sistémica previa.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Urólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# BANZEL

---

## **Medicamentos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Síndrome de QT corto familiar.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# BARACLUDE

---

## **Medicamentos**

Baraclude Oral Solution 0.05 MG/ML

Entecavir Oral Tablet 0.5 mg, 1mg

## **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**

2 años o más.

## **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo o Especialista en Enfermedades Infecciosas.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## BEERS

---

### **Medicamentos**

Megestrol Acetate Oral Suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml  
Megestrol Acetate Oral Tablet 20 mg, 40 mg

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **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**

Se aprobará la PA si el médico proporciona una declaración de necesidad médica que incluya una certificación de que el beneficio supera el riesgo de los medicamentos que se consideran medicamentos de alto riesgo para los beneficiarios de 65 años o más.

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **BENLYSTA**

---

## **Medicamentos**

Benlysta Solution Auto-injector 200 MG/ML Subcutaneous  
Benlysta Solution Prefilled Syringe 200 MG/ML Subcutaneous

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: a) Lupus eritematoso sistémico activo (SLE, según siglas en inglés), o b) Nefritis lúpica activa (ALN, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

5 años o más.

## **Restricción de Médico**

Reumatólogo o Nefrólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **BESREMI**

---

## **Medicamentos**

Besremi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 500 MCG/ML

## **Criterios de Exclusión**

1) Existencia o historial de trastornos psiquiátricos graves, en particular depresión grave, ideación suicida o intento de suicidio. 2) Hipersensibilidad a interferón. 3) Insuficiencia hepática (Child-Pugh B o C). 4) Historial o presencia de enfermedad autoinmune activa grave o no tratada. 5) Receptores de trasplante inmunodeprimidos.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de policitemia vera.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# BRIVIACT

---

## **Medicamentos**

Briviact Oral Solution 10 mg/ml

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico: Convulsiones de tipo inicio parcial.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# BRONCHITOL

---

## Medicamentos

Bronchitol Inhalation Capsule 40 mg

## Criterios de Exclusión

No pasar la prueba de tolerancia al BRONQUITOL.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de fibrosis quística y la droga se utilizará como terapia de mantenimiento complementaria para mejorar la función pulmonar. 2. Se han proporcionado los resultados de la prueba de tolerancia al BRONQUITOL y son aprobados (no reprobados).

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Neumólogo, Especialista en Fibrosis Quística

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# BRUKINSA

---

## **Medicamentos**

Brukinsa Oral Capsule 80 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Linfoma de células del manto (MCL, según siglas en inglés) que han recibido al menos una terapia previa. B) Macroglobulinemia de Waldenström (WM, según siglas en inglés). C) Linfoma de la zona marginal (MZL, según siglas en inglés) en recaída o refractario que han recibido al menos un régimen basado en anti-CD20. D) Leucemia linfocítica crónica (CLL, según siglas en inglés) o Linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL, según siglas en inglés). E) Linfoma folicular (FL, según siglas en inglés) en recaída o refractario, en combinación con obinutuzumab, después de dos o más líneas de terapia sistémica.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para CLL y SLL: paciente ha usado y fallado a Calquence o Imbruvica. Para WM: paciente ha usado y fallado a Imbruvica.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **BUPHENYL**

---

## **Medicamentos**

Sodium Phenylbutyrate Oral Powder 3 GM/TSP

Sodium Phenylbutyrate Oral Tablet 500 MG

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

Área de superficie corporal (BSA, según siglas en inglés)

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## MEDICAMENTOS B VS D

---

### Medicamentos

Abelcet Suspension 5 Mg/MI Intravenous  
Acetylcysteine Solution 10 % Inhalation  
Acetylcysteine Solution 20 % Inhalation  
Acyclovir Sodium Solution 50 Mg/MI Intravenous  
Albuterol Sulfate Nebulization Solution (2.5 Mg/3ml) 0.083% Inhalation  
Albuterol Sulfate Nebulization Solution 2.5 MG/0.5ml Inhalation  
Albuterol Sulfate Nebulization Solution 0.63 Mg/3ml Inhalation  
Albuterol Sulfate Nebulization Solution 1.25 Mg/3ml Inhalation  
Amphotericin B Liposome Suspension Reconstituted 50 mg 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  
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, 75 Mg, 100 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  
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 750 Mg Injection  
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  
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  
 Engerix-B Suspension 20 MCG/ML Injection (prefilled syringe)  
 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  
 Everolimus Oral Tablet 1 Mg  
 Fluconazole In Sodium Chloride Solution 200-0.9 Mg/100ml-% Intravenous  
 Fluconazole In Sodium Chloride Solution 400-0.9 Mg/200ml-% Intravenous  
 Formoterol Fumarate Nebulization Solution 20 MCG/2ML Inhalation  
 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 Solution Prefilled Syringe 20 MCG/0.5ML Intramuscular  
 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  
 Jynneos Suspension 0.5 ML Subcutaneous  
 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  
 Methotrexate Sodium (Pf) Solution 50 Mg/2ml Injection  
 Methotrexate Sodium Solution 50 Mg/2ml Injection  
 Methotrexate Sodium Solution 250 Mg/10ml Injection  
 Moxifloxacin HCl in NaCl Solution 400 MG/250ML Intravenous  
 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  
 Nutrilipid 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 500 Mcg/MI Injection  
 Ondansetron Hcl Oral Solution 4 Mg/5ml  
 Ondansetron Hcl Oral Tablet 4 Mg  
 Ondansetron Hcl Oral Tablet 8 Mg  
 Ondansetron Oral Tablet Dispersible 4 Mg  
 Ondansetron Oral Tablet Dispersible 8 Mg  
 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  
 PreHevbrio Suspension 10 MCG/ML Intramuscular  
 Premasol Solution 10 % Intravenous  
 Privigen Solution 20 Gm/200ml Intravenous  
 Prograf Oral Packet 0.2 Mg  
 Prograf Oral Packet 1 Mg  
 Prosol Solution 20 % Intravenous  
 Pulmozyme Solution 2.5 MG/2.5ML Inhalation  
 Recombivax HB Suspension 10 Mcg/MI Injection  
 Recombivax HB Suspension 40 Mcg/MI Injection  
 Recombivax HB Suspension 5 Mcg/0.5ml Injection  
 Recombivax HB Suspension Prefilled Syringe 10 MCG/ML Injection  
 Recombivax HB Suspension Prefilled Syringe 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  
 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  
 Tenivac Injectable 5-2 LFU Intramuscular (Injection)  
 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

**Crterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Ninguna

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta****NingunoOtros Criterios**

Ninguno

**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

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# CABOMETYX

---

## **Medicamentos**

Cabometyx Oral Tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguna

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1) Carcinoma avanzado de células renales (RCC, según siglas en inglés). 2) Carcinoma de células renales avanzado, como tratamiento de primera línea en combinación con nivolumab. 3) Carcinoma hepatocelular (CHC) previamente tratado con sorafenib. 4) Cáncer de tiroides diferenciado (DTC, por sus siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico que ha progresado después de una terapia previa dirigida a VEGFR y que son refractarios al yodo radiactivo o no son elegibles.

## **Restricción de Edad**

Para (DTC): 12 años o más. Otros: 18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Oncólogo, Hematólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# CALQUENCE

---

## **Medicamentos**

Calquence Oral Capsule 100 MG

Calquence Oral Tablet 100 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguna

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# CAMZYOS

---

## **Medicamentos**

Camzyos Oral Capsule 2.5 MG, 5 MG, 10 MG, 15 MG

## **Criterios de Exclusión**

1. Inhibidores moderados a fuertes de CYP2C19 o inhibidores fuertes de CYP3A4. 2. Inductores moderados a fuertes de CYP2C19 o inductores moderados a fuertes de CYP3A4.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCH, según siglas en inglés) sintomática de clase II a III de la New York Heart Association (NYHA, según siglas en inglés) para mejorar la capacidad funcional y los síntomas. 2. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo basal (LVEF %, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Cardiólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Inscripción en el programa Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos (REMS, según siglas en inglés).

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# CARBAGLU

---

## **Medicamentos**

Carglumic Acid Oral Tablet 200 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Hiperamonemia aguda por deficiencia de la enzima hepática N-acetilglutamato sintasa (NAGS, según siglas en inglés), como terapia adyuvante. B) Hiperamonemia crónica por deficiencia de la enzima hepática N-acetilglutamato sintasa, como terapia de mantenimiento. C) Hiperamonemia aguda por acidemia propiónica (PA, según siglas en inglés) o acidemia metilmalónica (MMA, según siglas en inglés), como terapia adyuvante.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# CAYSTON

---

**Medicamentos**

Cayston Inhalation Solution Reconstituted 75 mg

**Criterios de Exclusión**

Ninguna

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de Pseudomonas aeruginosa en pacientes con fibrosis quística.

**Restricción de Edad**

7 años o más.

**Restricción de Médico**

Neumólogo o especialista en enfermedades infecciosas.

**Duración de Cubierta**

3 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# CHOLBAM

---

## Medicamentos

Cholbam Oral Capsule 50 MG, 250 MG

## Criterios de Exclusión

Manifestaciones extrahepáticas de los desórdenes de la síntesis de ácidos biliares debidos a defectos enzimáticos únicos (SED, según siglas en inglés) o desórdenes de los peroxisomas (PD, según siglas en inglés) incluyendo desórdenes de Zellwegerspectrum. Disfunción hepática.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: El paciente debe tener UNO de los siguientes: A. Desórden de la síntesis de ácido biliar debido a defectos enzimáticos únicos (SED) o B. Desórdenes de peroxisomas (PD), incluidos los desórdenes del espectro de Zellweger, como tratamiento adyuvante. 2. El diagnóstico se confirmó mediante espectrometría de masas u otras pruebas bioquímicas o pruebas genéticas. 3. Resultados iniciales de AST, ALT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina e INR. 4. Peso del paciente.

## Restricción de Edad

3 semanas de edad o mayor.

## Restricción de Médico

Hepatólogo, Gastroenterólogo, o Médico Genetista metabólico o biomédico con experiencia en tratamiento para el desórden de síntesis de ácidos biliares / desórdenes peroxisomal.

## Duración de Cubierta

Inicio: 3 meses. Renovación: 12 meses.

## Otros Criterios

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

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# COPIKTRA

---

## **Medicamentos**

Copiktra Oral Capsule 15 MG, 25 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: A) Leucemia linfocítica crónica (CLL, según sus siglas en inglés) relapsante o refractaria, O B) Linfoma linfocítico pequeño (SLL, según sus siglas en inglés) después de al menos dos tratamientos previos.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# CORLANOR

---

## Medicamentos

Ivabradine HCl Oral Tablet 5 mg, 7.5 mg

## Criterios de Exclusión

1. Fallo cardíaco agudo descompensado. 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. Uso concomitante de inhibidores potentes del citocromo CYP3A4. 6. Insuficiencia hepática grave (Child-Pugh C). 7. Frecuencia cardíaca mantenida exclusivamente por el marcapasos.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de fallo cardíaco crónico estable y sintomático con fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual al 35 %, que están en ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 70 latidos por minuto y están en dosis máximas toleradas de betabloqueadores o tienen una contraindicación para el uso de betabloqueadores. El paciente se encuentra recibiendo las dosis máximas toleradas de ACEI o ARB a menos que sea intolerante o esté contraindicado, O 2) Diagnóstico de fallo cardíaco sintomático estable debido a miocardiopatía dilatada en pacientes pediátricos.

## Restricción de Edad

Para fallo cardíaco crónico estable y sintomático con reducción en fracción de eyección del ventrículo izquierdo: 18 años o más. Para insuficiencia cardíaca sintomática estable debido a miocardiopatía dilatada: 6 meses o más.

## Restricción de Médico

Cardiólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# CORTICOTROPIN

---

## Medicamento

Cortrophin Injection Gel 80 Unit/MI

## Criterios de Exclusión

1. Esclerodermia. 2. Osteoporosis. 3. Infecciones fúngicas sistémicas. 4. Herpes simple ocular. 5. Cirugía reciente. 6. Historial o presencia de una úlcera péptica. 7. Insuficiencia cardíaca congestiva. 8. Hipertensión. 9. Sensibilidad a proteínas derivadas de fuentes porcinas. 10. Insuficiencia adrenocortical primaria o hiperfunción adrenocortical.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Trastornos reumáticos: como tratamiento complementario para la administración a corto plazo en el tratamiento de un episodio agudo o exacerbación de: artritis psoriásica y artritis reumatoide, incluida la artritis reumatoide juvenil (casos seleccionados pueden requerir terapia de mantenimiento en dosis baja), espondilitis anquilosante y artritis gotosa aguda. B) Enfermedades del colágeno: En el manejo de una exacerbación o como terapia de mantenimiento en casos seleccionados de: lupus eritematoso sistémico y dermatomiositis sistémica (polimiositis). C) Enfermedades dermatológicas: eritema multiforme severo (síndrome de Stevens-Johnson), y psoriasis severa. D) Estados alérgicos: dermatitis atópica y enfermedad del suero. E) Enfermedades oftálmicas: En el manejo de procesos alérgicos e inflamatorios crónicos agudos severos que involucran el ojo y sus anexos tales como: conjuntivitis alérgica, queratitis, iritis e iridociclitis, uveítis posterior difusa y coroiditis, neuritis óptica, coriorretinitis, inflamación del segmento anterior. F) Sarcoidosis sintomática. G) Estados edematosos: Para inducir una diuresis o una remisión de la proteinuria en el síndrome nefrótico sin uremia de tipo idiopático o por lupus eritematoso. H) Sistema nervioso: Exacerbaciones agudas de la esclerosis múltiple. 2. Resultados negativos en la prueba de derivado de proteína purificada (PPD) para tuberculosis o el paciente está recibiendo quimioprofilaxis actualmente.

## Restricción de Edad

Ninguno

## Restricción de Médico

Ninguno

## Duración de Cubierta

Inicio: 3 meses. Renovación: 6 meses.

## Otros Criterios

La corticotropina debe administrarse para el tratamiento sólo cuando la enfermedad es intratable a la terapia convencional. La corticotropina debe ser un tratamiento adjuntivo y no la única terapia en el tratamiento de una enfermedad. Para la renovación: el MD deberá proporcionar una certificación de que el paciente ha tenido una respuesta clínica positiva con el agente solicitado.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# COTELLIC

---

## **Medicamentos**

Cotellic Oral Tablet 20 MG

## **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. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (LVEF, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# DAURISMO

---

## **Medicamentos**

Daurismo Oral Tablet 25 MG, 100 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés) 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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# DAYBUE

---

**Medicamento**

Daybue Oral Solution 200 Mg/MI

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico del Síndrome de Rett. 2. Peso.

**Restricción de Edad**

2 años o más.

**Restricción de Médico**

Neurólogo y Genetista.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# DIACOMIT

---

## **Medicamentos**

Diacomit Oral Capsule 250 Mg, 500 Mg

Diacomit Oral Packet 250 Mg, 500 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Monoterapia.

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

6 meses o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## DICLOFENAC PATCH

---

### **Medicamentos**

Diclofenac Epolamine External Patch 1.3 %

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de dolor agudo.

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

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 Pen-Injector Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous  
Humira Pen Pen-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous  
Humira Pen 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-Pediatric UC Start 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-Psor/Uveit Starter Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 10 MG/0.1ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 20 MG/0.2ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous  
Adalimumab-Adbm Prefilled Syringe Kit 10 Mg/0.2ml Subcutaneous  
Adalimumab-Adbm Prefilled Syringe Kit 40 Mg/0.8ml Subcutaneous  
Adalimumab-Adbm Prefilled Syringe Kit 20 Mg/0.4ml Subcutaneous  
Adalimumab-Adbm Subcutaneous Auto-Injector Kit 40 Mg/0.8ml (4 Pack)  
Adalimumab-Adbm Subcutaneous Auto-Injector Kit 40 Mg/0.8ml, 40 Mg/0.8ml (6 Pack)  
Adalimumab-adbm (2 Syringe) Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous  
Adalimumab-adbm (2 Pen) Auto-Injector Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous  
Adalimumab-adbm(Ps/UV Starter) Auto-Injector Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous  
Simlandi (2 Pen) Auto-Injector Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous  
Simlandi (1 Pen) Auto-Injector Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Artritis Reumatoide (RA, según siglas en inglés) activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas, inducir una respuesta clínica importante, inhibir la progresión del daño estructural y mejorar la función física. B) Artritis Idiopática Juvenil (JIA, según siglas en inglés) poliarticular activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas. C) Artritis Psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés) para reducir los signos y síntomas, inhibiendo la progresión del daño estructural y mejorando la función física. D) Espondilitis Anquilosante (AS, según siglas en inglés) activa para reducir signos y síntomas. E) Enfermedad de Crohn (CD, según siglas en inglés) activa de moderada a severa. F) Colitis Ulcerosa (UC, según siglas en inglés) activa de moderada a severa. G) Psoriasis en placas (Ps, según siglas en inglés) crónica de moderada a severa en pacientes candidatos a terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas son médicamente menos apropiadas. H) Hidradenitis Suppurativa (HS, según siglas en inglés) de moderada a severa. I) Uveítis (UV, según siglas en inglés) intermedia no infecciosa, posterior y panuveítis 2. Prueba negativa de tuberculosis latente (PPD).

## Restricción de Edad

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Para artritis reumatoide (RA) y espondilitis anquilosante (AS): reumatólogo. Para Psoriasis con Artropatía (PsA): Reumatólogo o Dermatólogo. Para la Enfermedad de Crohn (CD): Gastroenterólogo. Para Psoriasis en Placas (Ps): Dermatólogo o Reumatólogo. Para artritis idiopática juvenil (JIA): reumatólogo. Para Colitis Ulcerosa (UC): Gastroenterólogo. Para Hidradenitis Supurativa (HS): Dermatólogo. Para Uveítis (UV,): Oftalmólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

1. Para adultos con artritis reumatoide: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada al metotrexato titulado a la dosis máxima tolerada o ha probado una terapia convencional (como sulfasalazina, leflunomida, ciclosporina o hidroxicloroquina) durante al menos 2 meses y tuvo una respuesta inadecuada o contraindicación, entonces se puede autorizar el uso de adalimumab. La mayoría de los pacientes habrán recibido tratamiento inicial con DMARD(s) orales (p. ej., hidroxicloroquina, sulfasalazina, metotrexato). Si el metotrexato está contraindicado, se debe probar con otro DMARD oral. Algunos pacientes con factores de pronóstico desfavorables (por ejemplo, edad temprana de inicio de la enfermedad, títulos altos de factor reumatoide, aumento de la velocidad de sedimentación globular, inflamación de más o igual a 20 articulaciones, manifestaciones extraarticulares de RA, según siglas en inglés) o con erosiones articulares pueden iniciar el tratamiento tempranamente. agentes biológicos, como adalimumab, los pacientes serán evaluados por un farmacéutico y/o médico caso por caso para determinar una recomendación de cobertura para el cliente.

2. Para la enfermedad de Crohn: el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a al menos dos terapias convencionales, incluidos corticosteroides sistémicos o inmunosupresores (como tiopurinas o metotrexato) o tiene una contraindicación.

3. Para adultos con colitis ulcerosa: el paciente lo ha intentado y fallado es intolerante o tiene una contraindicación a la terapia convencional, incluidos corticosteroides sistémicos, fármacos con ácido 5-aminosalicílico o inmunosupresores.

4. Para adultos con PsA: el paciente ha probado y fracasado, es intolerante o tiene contraindicación a al menos una terapia convencional (como metotrexato, sulfasalazina, ciclosporina o leflunomida).

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# DRIZALMA

---

## Medicamento

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

## Criterios de Exclusión

Síndrome serotoninérgico y MAOIs: No use MAOIs destinados al tratamiento de trastornos psiquiátricos con (duloxetina) DRIZALMA SPRINKLE o dentro de los 5 días posteriores a la interrupción del tratamiento con (duloxetina) DRIZALMA SPRINKLE. No use (duloxetina) DRIZALMA SPRINKLE dentro de los 14 días posteriores a la interrupción de un MAOI destinado al tratamiento.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) Trastorno depresivo mayor (MDD, según siglas en inglés), b) Trastorno de ansiedad generalizada (GAD, según siglas en inglés), c) Dolor neuropático periférico diabético (DPNP, según siglas en inglés), d) Fibromialgia (FM, según siglas en inglés) o e) Dolor musculoesquelético crónico (CMP, según siglas en inglés). 2. El paciente tiene una intolerancia, contraindicación o falló al tratamiento documentado con cápsulas genéricas de duloxetina O 3. El paciente no puede tragar la forma de dosificación oral de duloxetina debido a una condición clínica como, entre otras, las siguientes: a) Disfagia; O b) Dificultades orales/motoras.

## Restricción de Edad

GAD: 7 años de edad y mayores. FM, MDD, DPNP, CMP: 18 años de edad y mayores.

## Restricción de Médico

Ninguno

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# DUPIXENT

---

## **Medicamento**

Dupixent Solution Pen-Injector 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML

Dupixent Solution Prefilled Syringe 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: (A) Dermatitis atópica de moderada a severa cuya enfermedad no se controla adecuadamente con al menos un uso previo de un corticosteroide tópico o un inhibidor de calcineurina tópico (TCI, según siglas en inglés) cuando esas terapias no son recomendables. (B) Asma de moderada a severa caracterizada por un fenotipo eosinofílico o con asma dependiente de corticosteroides orales, como terapia de mantenimiento adicional. (C) Rinosinusitis crónica con poliposis nasal inadecuadamente controlada (CRSwNP, según siglas en inglés). (D) Esofagitis eosinofílica (EoE, según siglas en inglés) o (E) Prurigo Nodularis (PN, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

Para dermatitis atópica: 6 meses o más. Para el asma: 6 años o más. Para rinosinusitis crónica con poliposis nasal y para prurigo nodularis: 18 años o más. Para esofagitis eosinofílica: 1 año o más.

## **Restricción de Médico**

Prescrito por o en consulta con un Dermatólogo, Alergista, Inmunólogo, Otorrinolaringólogo o Gastroenterólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ENBREL

---

## Medicamento

Enbrel Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 25 MG/0.5ML, 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

## Criterios de Exclusión

Infección seria activa (incluida la tuberculosis) o septicemia.

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de artritis reumatoide (RA, según siglas en inglés) de moderada a severa y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos O Diagnóstico de artritis idiopática juvenil poliarticular (PJIA, según siglas en inglés) de moderada a severa y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos (DMARDs, según siglas en inglés) O Diagnóstico de artritis psoriásica (PsA, según siglas en inglés) y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato O Diagnóstico de enfermedad anquilosante espondilitis (AS, según siglas en inglés) y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más NSAIDs O Diagnóstico de psoriasis en placas crónica de moderada a severa (que afecta a más del 5% de la superficie corporal o áreas cruciales del cuerpo como las manos, los 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 sistémicos orales (es decir, metotrexato, ciclosporina, acitretina, sulfasalazina). 2.Resultado negativo a la prueba de tuberculosis latente (PPD) o paciente ha recibido tratamiento previo al comienzo de la terapia.

## Restricción de Edad

Para artritis idiopática juvenil poliarticular: 2 años o más. Para psoriasis en placa: 4 años o más. Para otros diagnósticos: Ninguno.

## Restricción de Médico

Para RA, PJIA, AS: Recetado por o en consulta con un reumatólogo. Para PsA: Recetado por o en consulta con un reumatólogo o dermatólogo. Para la psoriasis en placas: recetado por un dermatólogo o en consulta con él.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# ENDARI

---

**Medicamento**

L-Glutamine Packet 5 GM Oral

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de anemia falciforme para reducir las complicaciones agudas.

**Restricción de Edad**

5 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ENTYVIO

---

**Medicamento**

Entyvio Subcutaneous Solution Pen-Injector 108 Mg/0.68ml

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Colitis ulcerosa activa de moderada a grave, B) enfermedad de Crohn activa de moderada a grave.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Gastroenterólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# EPCLUSA

---

## **Medicamento**

Epclusa Oral Tablet 400-100 MG

Epclusa Oral Tablet 200-50 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico, 2. Estatus de tratamiento del paciente (Paciente sin experiencia o paciente con experiencia previa en el tratamiento), Y 3. Estatus de cirrosis es requerido.

## **Restricción de Edad**

3 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

12 semanas

## **Otros Criterios**

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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# EPIDIOLEX

---

**Medicamento**

Epidiolex Oral Solution 100 MG/ML

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de convulsiones asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut, síndrome de Dravet o complejo de esclerosis tuberosa. 2. Transaminasas séricas (ALT y AST) y niveles de bilirrubina total. 3. Peso.

**Restricción de Edad**

1 año o más.

**Restricción de Médico**

Neurólogo, Geneticista

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **EPRONTIA**

---

## **Medicamento**

Eprontia Oral Solution 25 MG/ML

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Epilepsia: (1) Monoterapia inicial para el tratamiento de crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas primarias o de inicio parcial, (2) Terapia adyuvante para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial, (3) Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias o (4) Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox Gastaut. B) Tratamiento preventivo de la migraña.

## **Restricción de Edad**

Epilepsia: 2 años o más. Prevención de migraña: 12 años o más.

## **Restricción de Médico**

Epilepsia: Neurólogo. Migraña: Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza o Especialista en Dolor.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ERLEADA

---

**Medicamento**

Erleada Oral Tablet 60 MG, 240 MG

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes tipos de cáncer de próstata: A) No metastásico resistente a la castración. B) Metastásico sensible a castración.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo o Urólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# ESTIMULANTES DE ERITROCITOS

---

## Medicamentos

Retacrit Solution 2,000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 3,000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 4,000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 10,000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 20,000 UNIT/ML Injection  
Retacrit Solution 40,000 UNIT/ML Injection

## Criterios de Exclusión

Hipertensión no controlada

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Anemia debida a Enfermedad Renal Crónica (CKD, según siglas en inglés) en pacientes en diálisis y no en diálisis O anemia debido a zidovudina en pacientes con infección por VIH O anemia debido a los efectos de la quimioterapia mielosupresora concomitante, y al inicio, hay un mínimo de dos meses adicionales de quimioterapia planificada. B) Reducción de las 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

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 se utilizará para una enfermedad relacionada con la enfermedad renal terminal (ESRD, según siglas en inglés). Para anemia por quimioterapia: se planifica un mínimo de dos meses adicionales de quimioterapia. Antes de iniciar el tratamiento con ESA, la saturación de transferrina debe ser de al menos 20% y la ferritina sérica debe ser de al menos 100 mcg/L.

## 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.

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# ESBRIET

---

## **Medicamento**

Pirfenidone Oral Capsule 267 MG

Pirfenidone Oral Tablet 267 MG, 534 MG, 801 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática confirmado mediante tomografía computarizada (CT, según sus siglas en inglés) o biopsia. 2. El paciente no tiene evidencia o sospecha de un diagnóstico alternativo de enfermedad pulmonar intersticial. 3. Se realizaron pruebas basales de función hepática (ALT, AST y bilirrubina).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neumólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterio**

Para la continuación, el paciente se ha estabilizado desde el valor base en capacidad vital forzada o una mejora, según lo determine el prescribiente, Y el paciente no ha experimentado elevaciones de AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o de 3 a 5 veces el límite superior de lo normal con hiperbilirrubinemia.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **EVRYSDI**

---

## **Medicamento**

Evrysdi Oral Solution Reconstituted 0.75 Mg/MI

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de atrofia muscular espinal (SMA, según sus siglas en inglés) tipo 1, 2 o 3. 2. Prueba confirmación de mutaciones genéticas en el cromosoma 5q que conducen a la deficiencia de la proteína de supervivencia de la neurona motora (SMN, según sus siglas en inglés). 3. El paciente no está recibiendo tratamiento concomitante modificador de la neurona motora (SMN, según sus siglas en inglés) de supervivencia crónica (p. ej., Spinraza (nusinersen)). 4. El paciente no depende de ventilación invasiva ni de traqueotomía.

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Prescrito por o en consulta con un médico que se especializa en el tratamiento de la atrofia muscular espinal (SMA, según sus siglas en inglés), Neurólogo o Genetista.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterio**

Para renovación: El paciente ha tenido una respuesta clínica positiva con el agente solicitado (por ejemplo, mejora en la función motora o estabilización de la pérdida de la función motora).

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## **EXJADE**

---

### **Medicamentos**

Deferasirox Oral Tablet Soluble 125 MG, 250 mg, 500 mg

### **Criterios de Exclusión**

1. Neoplasias malignas avanzadas. 2. Recuento de plaquetas inferior a  $50 \times 10^9/L$ . 3. Estado de desempeño deficiente. 4. Síndromes mielodisplásicos de alto riesgo. 5. Tasa de filtración glomerular estimada (GFR, según sus siglas en inglés) estimado inferior a 40 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.

### **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, según siglas en inglés). 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 por transfusiones de sangre: 2 años o más. NTDT: 10 años o más.

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## **EXKIVITY**

---

### **Medicamentos**

Exkivity Oral Capsule 40 MG

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico con mutaciones de inserción del exón 20 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, según siglas en inglés), según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA, cuya enfermedad ha progresado durante o después de la quimioterapia basada en platino.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# 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

## **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**

Oncólogo, Especialista de Dolor

## **Duración de Cubierta**

Inicio: 3 meses. Renovación: 6 meses.

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# FERRIPROX

---

## **Medicamentos**

Ferriprox Oral Solution 100 MG/ML

Deferiprone Oral Tablet 500 Mg , 1000 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1.Diagnóstico de sobrecarga de hierro transfusional por síndromes de talasemia, enfermedad de célula falciforme u otras anemias. 2.Recuento absoluto de neutrófilos (ANC, según siglas en inglés). 3. Peso.

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Hematólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

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

## **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 pre-autorización dependiendo del diagnóstico para evaluar resultados de laboratorio.

## **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# FILSPARI

---

## **Medicamentos**

Filspari Oral Tablet 200 mg, 400 mg

## **Criterios de Exclusión**

Uso concomitante de inhibidores del sistema renina-angiotensina3-aldosterona (RAAS, según siglas en inglés), antagonistas de los receptores de endotelina (ERAs, según siglas en inglés) o aliskiren.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de proteinuria con nefropatía primaria por inmunoglobulina A (IgAN, según siglas en inglés) con riesgo de progresión rápida de la enfermedad. 2. Resultados de las pruebas de laboratorio: A) Relación proteína-creatinina en orina (UPCR, según siglas en inglés) (más de 1.5 g/g) y B) Enzimas hepáticas (p. ej., AST, ALT).

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Nefrólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Inscripción al Programa de Evaluación y Estrategias de Mitigación de Riesgos (REMS, según siglas en inglés).

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# FINTEPLA

---

## **Medicamentos**

Fintepla Oral Solution 2.2 Mg/ml

## **Criterios de Exclusión**

Usar dentro de los 14 días posteriores a la administración de inhibidores de la monoaminoxidasa.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet o síndrome de Lennox-Gastaut.
2. Ecocardiograma. 3. Peso.

## **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 REMS.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **FIRAZYR**

---

## **Medicamentos**

Icatibant Acetate Subcutaneous Solution 30 Mg/3ml

Sajazir Subcutaneous Solution 30 Mg/3ml

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de ataques agudos de angioedema hereditario (HAE, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años ó más.

## **Restricción de Médico**

Prescrito por, o en consulta con un alergista/inmunólogo o un médico que se especializa en el tratamiento de HAE o condiciones relacionadas.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# FIRMAGON

---

## **Medicamentos**

Firmagon (240 MG Dose) Subcutaneous Solution Reconstituted 120 mg/VIAL

Firmagon Subcutaneous Solution Reconstituted 80 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de próstata avanzado.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Oncólogo, Urólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs. D.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# FOTIVDA

---

## **Medicamentos**

Fotivda Oral Capsule 0.89 Mg, 1.34 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de carcinoma de células renales avanzado (RCC, según siglas en inglés) relapsante o refractario, después de dos o más terapias sistémicas previas.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# FRUZAQLA

---

## **Medicamentos**

Fruzaqla Oral Capsule 1 Mg, 5mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer colorrectal metastásico (mCRC, según siglas en inglés) que ha sido tratado previamente con quimioterapia basada en fluoropirimidina, oxaliplatino e irinotecán, una terapia anti-VEGF y, si RAS de tipo salvaje y medicamento apropiado, una terapia anti-EGFR.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# FYCOMPA

---

## **Medicamentos**

Fycompa Oral Suspension 0.5 MG/ML

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Monoterapia o terapia adyuvante para las convulsiones de inicio parcial con o sin convulsiones generalizadas secundarias en pacientes con epilepsia. B) Terapia adyuvante para convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias.

## **Restricción de Edad**

Convulsiones de inicio parcial: 4 años o más; Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años o más.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# GATTEX

---

## **Medicamentos**

Gattex KIT 5 MG Subcutaneous

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

1 año o más.

## **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo.

## **Duración de Cubierta**

Inicio: 6 meses. Renovación: 12 meses.

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# GAVRETO

---

## **Medicamentos**

Gavreto Oral Capsule 100 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de pulmón de células no pequeñas con fusión positiva metastásico reordenado durante la transfección (RET) detectado mediante una prueba aprobada por la FDA (NSCLC, según siglas en inglés). B) Cáncer de tiroides avanzado o metastásico con fusión RET positiva que requiere terapia sistémica y que es refractario al yodo radiactivo (si el yodo radiactivo es apropiado).

## **Restricción de Edad**

12 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# GILENYA

---

## **Medicamentos**

Fingolimod Oral Capsule 0.5 MG

## **Criterios de Exclusión**

1. Infarto de miocardio reciente (en los últimos 6 meses), angina inestable, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, insuficiencia cardíaca descompensada que requiere hospitalización o insuficiencia cardíaca de Clase III/IV. 2. Historial de bloqueo AV Mobitz tipo II de 2do grado o 3er grado o síndrome del seno enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapasos. 3. Intervalo QTc inicial igual o superior a 500 milisegundos. 4. Tratamiento con fármacos antiarrítmicos de Clase Ia o Clase III.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), que incluye síndrome clínicamente aislado, enfermedad recurrente-remitente y enfermedad progresiva secundaria activa.

## **Restricción de Edad**

10 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en Esclerosis Múltiple

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# GLATIRAMER

---

## **Medicamentos**

Glatiramer Acetate Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 MG/ML

Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 MG/ML

## **Criterios de Exclusión**

Ninguna

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de la forma recurrente de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), que incluye síndrome clínicamente aislado, enfermedad recurrente-remitente y enfermedad progresiva secundaria activa.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en Esclerosis Múltiple.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# GLEOSTINE

---

## **Medicamentos**

Gleostine Oral Capsule 10 mg, 40 mg, 100 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguna

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Tumores cerebrales, primarios y metastásicos, tras procedimientos quirúrgicos y/o radioterapéuticos apropiados. B) Linfoma de Hodgkin en combinación con otras quimioterapias, luego de la progresión de la enfermedad con quimioterapia inicial. 2. Área de superficie corporal (BSA, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Neurólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## AGONISTAS DEL PÉPTIDO SIMILARES AL GLUCAGÓN

---

### Medicamentos

Bydureon Bcise Subcutaneous Auto-Injector 2 mg/0.85ml

Byetta 10 Mcg Pen Subcutaneous Solution Pen-Injector 10 Mcg/0.04ml

Byetta 5 Mcg Pen Subcutaneous Solution Pen-Injector 5 Mcg/0.02ml

Rybelsus Oral Tablet 3 mg, 7 mg, 14 mg

Trulicity Subcutaneous Solution Pen-Injector 0.75 mg/0.5ml, 1.5 mg/0.5ml, 3 mg/0.5ml, 4.5 mg/0.5ml

Victoza Subcutaneous Solution Pen-Injector 18 mg/3ml

### Criterios de Exclusión

Ninguno

### Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. 2. El paciente ha tratado y fallado la metformina O el paciente tiene un BMI mayor o igual a 27 kg/m<sup>2</sup>. 3. Puntuación del índice de masa corporal (BMI, según sus siglas de inglés) inicial O peso y altura.

### Restricción de Edad

Ninguna

### Restricción de Médico

Ninguno

### Duración de Cubierta

12 meses

### Otros Criterios

Ninguno

### Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

### Prerrequisito Parte B

Ninguno

# HORMONAS DE CRECIMIENTO Y MEDICAMENTOS RELACIONADOS

---

## Medicamentos

Norditropin Flexpro Subcutaneous Solution 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML

## Criterios de Exclusión

Enfermedad crítica aguda, fallo respiratorio agudo, 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 proliferativa activa o no proliferativa activa severa.

## Información Médica Requerida

Niños con deficiencia de hormona de crecimiento adquirida (GH, según siglas en inglés). 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 GH a pruebas de estimulación de menos de 10 ng / mL y altura base menor que el tercer percentil para el género y edad Y velocidad de la altura previo al tratamiento 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 no deficiente en GH (baja estatura idiopática) en niños con epífisis abiertas. 6 meses de prueba. Altura base menor que el tercer percentil (es decir, mayor que 2 desviaciones estándar por debajo de la media para sexo y edad Y velocidad altura previo al tratamiento en niños menores de 3 años con menos de 7 cm / año y en niños mayores o iguales a 3 años con menos 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 GH 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 tercer percentil. El ensayo de 6 meses de GH es para establecer que la condición del niño responde a la terapia con GH. La autorización para el tratamiento continuo se basa en una respuesta clínica adecuada definida como una tasa de crecimiento anual aumentada en comparación con el año anterior.

## Restricción de Edad

Ninguna

## Restricción de Médico

Endocrinólogo, Nefrólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Adulto con deficiencia de GH (comienzo) Y de comienzo en la adultez (HC solo o múltiples deficiencias hormonales / hipopituitarismo por desorden en la pituitaria, desorden en el hipotálamo, cirugía, tratamiento de radiación craneal, tratamiento de tumor, lesión cerebral traumática, o hemorragia subaracnoidea) o de comienzo en la niñez Y respuesta negativa a 1 prueba de estimulación de GH (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 enpre-pubertad y la altura base es menos del 3<sup>er</sup> percentil para género / edad. Síndrome de Noonan, inicial, altura base es inferior al 3<sup>er</sup> percentil. Infección por VIH con síndrome de desgaste o caquexia, VIH-positivo Y tienen 1 de los siguientes, pérdida de peso no intencionada documentada mayor 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 GH y continuara el tratamiento antirretroviral durante el tratamiento con GH. Se autorizan cursos repetidos de GH de 12 o 24 semanas después del curso inicial de GH de 12 o 24 semanas para la infección por VIH con emaciación o caquexia, siempre y cuando no haya recibidoGH por al menos 1 mes y cumple con todos los criterios previos de VIH. Paciente puede alimentarse o ser alimentado por medio de la alimentación parenteral o enteral 75% o más de los requerimientos energéticos de mantenimiento basados en el peso corporal y en el tratamiento antirretroviral durante o más de 30 días antes del comienzo de tratamiento con GH y continuará con el tratamiento antirretroviral. Pacientes con SBS, serán evaluados caso por caso para más de un curso de 4 semanas por año.

### **Indicaciones**

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

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

HIV Wasting Syndrome.

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# HADLIMA

---

## Medicamentos

Hadlima Pushtouch Subcutaneous Solution Auto-Injector 40 Mg/0.4ml  
Hadlima Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 Mg/0.4ml  
Hadlima Pushtouch Subcutaneous Solution Auto-Injector 40 mg/0.8ml  
Hadlima Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 mg/0.8ml

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Artritis Reumatoide (RA, según siglas en inglés) activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas, inducir una respuesta clínica importante, inhibiendo la progresión del daño estructural y mejorar la función física. B) Artritis Idiopática Juvenil (JIA, según siglas en inglés) poliarticular activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas. C) Artritis Psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés) para reducir los signos y síntomas, inhibiendo la progresión del daño estructural y mejorando la función física. D) Espondilitis Anquilosante (AS, según siglas en inglés) activa para reducir signos y síntomas. E) Enfermedad de Crohn (CD, según siglas en inglés) activa de moderada a severa. F) Colitis Ulcerosa (UC, según siglas en inglés) activa de moderada a severa. G) Psoriasis en placas (Ps, según siglas en inglés) crónica de moderada a severa en pacientes candidatos a terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas son médicamente menos apropiadas. H) Hidradenitis Supurativa (HS, según siglas en inglés) de moderada a severa. I) Uveítis (UV, según siglas en inglés) intermedia no infecciosa, posterior y panuveítis. 2. Prueba de tuberculosis latente.

## Restricción de Edad

Ninguno

## Restricción de Médico

Para RA y AS: Reumatólogo. Para PsA y PS: Reumatólogo o Dermatólogo. Para JIA: Reumatólogo. Para CD o UC: Gastroenterólogo. Para HS: Dermatólogo. Para UV: Oftalmólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

1. Para adultos con artritis reumatoide - Si el paciente ha probado un DMARD (marca o genérico, oral o inyectable) durante al menos 2 meses, o está recibiendo simultáneamente metotrexato (MTX), entonces se puede otorgar autorización para adalimumab. Adalimumab está aprobado por la FDA para la RA en adultos que han tenido una respuesta inadecuada a uno o más DMARD. Los DMARD son los siguientes medicamentos: anakinra, auranofina (Ridaura), 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 RA, según siglas en inglés) 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 severa), 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).

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# HARVONI

---

## **Medicamentos**

Harvoni Oral Tablet 90-400 MG

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de la hepatitis C. 2. Genotipo. 3. Clase Child Pugh.

## **Restricción de Edad**

3 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# HEPSERA

---

## **Medicamentos**

Adefovir Dipivoxil Oral Tablet 10 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de hepatitis B crónica.

## **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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# HETLIOZ

---

**Medicamento**

Tasimelteon Oral Capsule 20 Mg

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: A) Trastorno de sueño y vigilia que no es de 24 horas (No-24) O, 2) Trastornos del sueño durante la noche en el síndrome de Smith-Magenis (SMS, según siglas en inglés).

**Restricción de Edad**

Para (No-24): 18 años o más. Para (SMS): 16 años o más.

**Restricción de Médico**

Especialista en Trastornos del Sueño o Neurólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **HYFTOR**

---

## **Medicamento**

Hyftor Gel 0.2 % External

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de angiofibroma facial asociado a esclerosis tuberosa.

## **Restricción de Edad**

6 años o más.

## **Restricción de Médico**

Prescrito por o en consulta con un Dermatólogo, Neurólogo o Genetista.

## **Duración de Cubierta**

Inicio: 3 meses. Renovación: 12 meses.

## **Otros Criterios**

Para la renovación, el paciente muestra una mejoría de los síntomas dentro de las 12 semanas posteriores al tratamiento.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# IBRANCE

---

## **Medicamentos**

Ibrance Oral Capsule 75MG, 100 MG, 125 MG

Ibrance Oral Tablet 75MG, 100 MG, 125 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastático, positivo al receptor de hormonas (HR, según siglas en inglés), negativo al receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2, según siglas en inglés), en combinación con: A) un inhibidor de la aromatasa como tratamiento inicial basado en la endocrina, o B) 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ICLUSIG

---

## Medicamentos

Iclusig Oral Tablet 10MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1) Leucemia mieloide crónica (CML, según siglas en inglés) en fase crónica (CP, según siglas en inglés) con resistencia o intolerancia a al menos dos inhibidores de quinasa previos. O B) Fase acelerada (AP, según siglas en inglés) o CML en fase blástica (BP, según siglas en inglés) o leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL, según siglas en inglés) para quienes no están indicados otros inhibidores de la quinasa, O C) CML positivo a T315I (fase crónica, fase acelerada o fase blástica) o Ph+ ALL T315I positivo O 2) Leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL, según siglas en inglés): A) Ph+ ALL recién diagnosticada, en combinación con quimioterapia, O B) Como monoterapia en Ph+ ALL para quienes no están indicados otros inhibidores de la quinasa o Ph+ ALL T315I positiva.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

No recomendado para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica en fase crónica (CP-CML, según siglas en inglés) recién diagnosticada.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

## **IDHIFA**

---

### **Medicamentos**

Idhifa Oral Tablet 50 MG, 100 MG

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico, tratamiento de pacientes adultos con leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés) en relapso o refractaria con una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2, según siglas en inglés) 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

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# IMATINIB

---

## **Medicamentos**

Imatinib Mesylate Oral Tablet 100 MG, 400 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico 2. Pruebas de embarazo en mujeres en edad fértil antes del tratamiento.

## **Restricción de Edad**

1 año o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Alergista, Inmunólogo, Dermatólogo.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# IMBRUVICA

---

## **Medicamentos**

Imbruvica Oral Capsule 70 MG, 140 MG

Imbruvica Oral Tablet 140 MG, 280 MG, 420 MG

Imbruvica Oral Suspension 70 MG/ML

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico. 2. Clase Child-Pugh.

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Oncólogo, Hematólogo, Especialista en Trasplantes.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# INBRIJA

---

## **Medicamentos**

Inbrija Inhalation Capsule 42 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Pacientes que actualmente estén tomando un inhibidor no selectivo de la monoamino oxidasa (MAO, según siglas en inglés) 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 de descontrol (conocido como “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 de descontrol (conocido como “OFF”).

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# INCRELEX

---

## **Medicamentos**

Increlex Subcutaneous Solution 40 MG/4ML

## **Criterios de Exclusión**

1. Neoplasia maligna. 2. Epífisis cerradas. 3. Administración intravenosa.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de deficiencia primaria grave de IGF-1 o delección de la hormona del crecimiento (GH, según siglas en inglés) que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH. 2. Peso.

## **Restricción de Edad**

2-18 años.

## **Restricción de Médico**

Endocrinólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# INGREZZA

---

## **Medicamentos**

Ingrezza Oral Capsule 40 mg, 60 mg, 80 mg  
Ingrezza Oral Capsule Therapy Pack 40 & 80 mg  
Ingrezza Oral Capsule Sprinkle 40 mg, 60 mg, 80 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) discinesia tardía o b) corea asociada con la enfermedad de Huntington. 2. Puntuación en la Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (AIMS, según siglas en inglés) y rango de estado de la enfermedad de moderado a grave. 3. Prueba de función hepática (AST, ALT, ALP, bilirrubina, albúmina) o puntuación de Child-Pugh para miembros con insuficiencia hepática.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Psiquiatra

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para miembros con insuficiencia hepática de moderada a severa (puntuación de Child-Pugh de 7 a 15), la dosis recomendada es de 40 mg una vez al día. Para la renovación, el miembro tuvo una respuesta clínica positiva, como lo demuestra una disminución en la frecuencia de los movimientos corporales involuntarios o una disminución en la puntuación media de al menos 2 puntos en la escala de movimientos involuntarios anormales (AIMS, según siglas en inglés) en comparación con el valor inicial, según lo documentado por el médico.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES

---

## Medicamentos

Abilify Maintena Intramuscular Prefilled Syringe 300 mg, 400mg  
Abilify Maintena Intramuscular Suspension Reconstituted ER 300 mg , 400mg  
Aristada Inicio Intramuscular Prefilled Syringe 675 mg/2.4ml  
Aristada Intramuscular Prefilled Syringe 441 mg/1.6ml, 662 mg/2.4ml, 882 mg/3.2ml, 1064 mg/3.9ml  
Invega Hafyera Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 1092 mg/3.5ml  
Invega Hafyera Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 1560 mg/5ml  
Invega Sustenna Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 117 mg/0.75ml  
Invega Sustenna Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 156 mg/ml  
Invega Sustenna Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 234 mg/1.5ml  
Invega Sustenna Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 39 mg/0.25ml  
Invega Sustenna Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 78 mg/0.5ml  
Invega Trinza Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 273 mg/0.88ml  
Invega Trinza Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 410 mg/1.32ml  
Invega Trinza Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 546 mg/1.75ml  
Invega Trinza Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 819 mg/2.63ml  
Perseris Subcutaneous Prefilled Syringe 90 mg, 120 mg

## Criterios de Exclusión

No indicado para el tratamiento de la psicosis relacionada con la demencia debido al mayor riesgo de muerte observado en los ancianos.

## Información Médica Requerida

Uso previo de antipsicóticos genéricos, según indicación Esquizofrenia: clozapina, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Trastorno bipolar, episodios maníacos o mixtos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona. Trastorno esquizoafectivo: clozapina, paliperidona.

## Restricción de Edad

Según la edad aprobada por FDA.

## Restricción de Médico

Ninguna

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs. D, excepto (risperidone subcutaneous extended release) Perseris

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# INQOVI

---

## **Medicamentos**

Inqovi Oral Tablet 35-100 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de síndromes mielodisplásicos (MDS, por sus siglas en inglés), incluidos MDS tratados previamente y sin tratar, de novo y secundarios con los siguientes subtipos Frances Americano-Británico (anemia refractaria, anemia refractaria con sideroblastos anillados, anemia refractaria con exceso de blastos y leucemia mielomonocítica crónica [CMML, según siglas en inglés]) e intermedio-1, intermedio-2 y grupos del Sistema Internacional de Puntuación de Pronóstico de alto riesgo. Laboratorios: CBC con diferencial. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Aconseje a las mujeres con potencial reproductivo que utilicen métodos anticonceptivos efectivos durante el tratamiento con INQOVI y durante los 6 meses posteriores a la última dosis. Aconseje a los hombres con parejas femeninas con potencial reproductivo que utilicen métodos anticonceptivos efectivos durante el tratamiento con INQOVI y durante 3 meses después de la última dosis.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# INREBIC

---

## **Medicamentos**

Inrebic Capsule 100 MG Oral

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico mielofibrosis primaria intermedia-2 o de alto riesgo o secundaria (pos-policitemia vera o postrombocitemia esencial). 2. Laboratorios: CBC con diferencial, creatinina sérica (SCr), prueba de función hepática (AST, ALT, bilirrubina) y niveles de tiamina.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



## **INTERFERON BETA-1B**

---

### **Medicamentos**

Betaseron KIT 0.3 MG Subcutaneous

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Imagen de Resonancia Magnética (MRI, según siglas en inglés).

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Neurólogo o un Especialista en Esclerosis Múltiple (MS, según siglas en inglés).

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# IRESSA

---

## **Medicamentos**

Gefitinib Oral Tablet 250 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cancer metastásico de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) cuyos tumores poseen receptor de factor de crecimiento epidermal (EGFR, según siglas en inglés) con deleciones de exón 19 o mutaciones de sustitución del exón 21 (L858R), según detectado por prueba aprobado por FDA.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para continuación basado en ambos de los siguientes criterios: (1) Paciente no ha experimentado progresión de enfermedad Y (2) Paciente no ha experimentado algún evento adverso serio mientras utiliza el medicamento.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# IWILFIN

---

## **Medicamentos**

Iwilfin Oral Tablet 192 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de neuroblastoma de alto riesgo (HRNB, según siglas en inglés), para reducir el riesgo de recaída y el paciente ha demostrado al menos una respuesta parcial a una terapia multimodal previa con múltiples agentes, incluida la inmunoterapia anti-GD2.

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# JAKAFI

---

## Medicamentos

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

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Mielofibrosis (MF, según siglas en inglés) de riesgo intermedio o alto, incluida la MF primaria, la MF pos-policitemia vera y la MF pos-trombocitemia esencial. B) Policitemia vera que ha tenido una respuesta inadecuada o son intolerantes a la hidroxiurea. C) Enfermedad de injerto contra huésped aguda refractaria a los esteroides (aGVHD, según siglas en inglés). D) Enfermedad de injerto contra huésped crónica (cGVHD, según siglas en inglés) después del fracaso de una o dos líneas de terapia sistémica. 2. Recuento de plaquetas.

## Restricción de Edad

Para GVHD aguda o crónica: 12 años o más. Para MF o PV: 18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo o Especialista en Trasplantes.

## Duración de Cubierta

Inicio: 6 meses. Renovación: 12 meses.

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# JAYPIRCA

---

## **Medicamentos**

Jaypirca Oral Tablet 50 Mg, 100 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Linfoma de células del manto (MCL, según siglas en inglés) en relapso o refractario después de al menos dos líneas de terapia sistémica, incluido un inhibidor de la quinasa de tirosina de Bruton (BTK, según siglas en inglés) o B) Leucemia linfocítica crónica o linfoma linfocítico pequeño (CLL/SLL, según siglas en inglés) que hayan recibido al menos dos líneas de tratamiento previas, incluido un inhibidor de BTK y un inhibidor de BCL-2.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# JUXTAPID

---

## Medicamentos

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

## 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

Diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigótica evidenciado por uno de los siguientes: A) confirmación genética de 2 alelos mutantes en el receptor de LDL, ApoB, PCSK9 o locus del gen de la proteína adaptadora de la hipercolesterolemia autosomal recesiva (ARH, según siglas en inglés) O B) LDL sin tratar mayor de 500 mg/dL. El paciente ha probado y ha tenido una respuesta inadecuada a la dosis máxima tolerada de una estatina de alta potencia (ejemplo, atorvastatina, rosuvastatina), a menos que todas las estatinas estén contraindicadas o el paciente no pueda tolerar las estatinas Y haya probado y fallado una estatina en combinación con ezetimibe. 2. ALT, AST, fosfatasa alcalina y bilirrubina total. 3. Clase de Child-Pugh.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Neumólogo Cardiólogo, Lipidólogo, Endocrinólogo y / o Geneticista.

## Duración de Cubierta

Inicio: 6 meses. Renovación: 12 meses.

## Otros Criterios

1. 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. Programa REMS- prueba de embarazo en mujeres en edad fértil antes del inicio de la terapia.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# JYLAMVO

---

## **Medicamentos**

Jylamvo Oral Solution 2 mg/ml

## **Criterios de Exclusión**

Pacientes embarazadas con enfermedades no neoplásicas.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Leucemia linfoblástica aguda (ALL) como parte de un régimen de quimioterapia combinada de mantenimiento. 2. Micosis fungoides. 3. Linfoma no Hodgkin en recaída o refractario como parte de un régimen metronómico combinado. 4. Artritis reumatoide 5. Psoriasis severa.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Reumatólogo, Dermatólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs. D.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# KALYDECO

---

## **Medicamentos**

Kalydeco Oral Packet 25 MG, 50 MG, 75 MG

Kalydeco Oral Tablet 150 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de fibrosis quística (CF, según siglas en inglés) con al menos una mutación en el gen CFTR que responde 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 CF 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. 2. Transaminasas hepáticas (ALT y AST).

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Neumólogo

## **Duración de Cubierta**

Iniciacio: 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).

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# KERENDIA

---

## **Medicamentos**

Kerendia Oral Tablet 10 MG, 20 MG

## **Criterios de Exclusión**

1. Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP3A4. 2. Pacientes con insuficiencia adrenal.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de enfermedad renal crónica (CKD, según siglas en inglés) asociada con diabetes tipo 2 (T2D, según siglas en inglés) para reducir el riesgo de disminución sostenida de eGFR, enfermedad renal en etapa terminal, muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal y hospitalización por insuficiencia cardíaca. 2. Filtración glomerular estimada (eGFR, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

12 meses.

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## **KESIMPTA**

---

### **Medicamentos**

Kesimpta Subcutaneous Solution Auto-Injector 20 Mg/0.4ml

### **Criterios de Exclusión**

Infección activa por HBV.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de formas relapsante de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir síndrome clínicamente aislado, enfermedad remitente-relapsante y enfermedad progresiva secundaria activa.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Neurólogo o Especialista en Esclerosis Múltiple

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# KISQALI

---

## **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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor hormonal (HR, según siglas en inglés) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés) negativo en combinación con: (A) un inhibidor de la aromatasa como terapia endocrina inicial, O (B) fulvestrant como terapia endocrina inicial o después de la progresión de la enfermedad en la terapia endocrina en mujeres posmenopáusicas o en hombres. 2. El paciente ha probado y ha fallado el tratamiento con Ibrance o Verzenio. 3. Evalúe el ECG antes de iniciar el tratamiento. Iniciar el tratamiento solo en pacientes con QTcF inferior a 450 mseg. 3. Pruebas de función hepática (LFTs) y hemograma completo (CBC, según siglas en inglés).

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# 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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico. 2. El paciente probó y fracasó el tratamiento con Ibrance o Verzenio. 3. Hemograma completo (CBC, según siglas en inglés), pruebas de función hepática y un ECG antes de iniciar la terapia.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# KORLYM

---

## Medicamentos

Mifepristone Oral Tablet 300 MG

## Criterios de Exclusión

1. Embarazo y lactancia. 2. Paciente que requiere tratamiento concomitante con corticosteroides a largo plazo para salvarle la vida. 3. Historial de sangrado vaginal inexplicable o hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial. 4. Tomar concomitantemente fármacos metabolizados por CYP3A como simvastatina, lovastatina y sustratos de CYP3A con un índice terapéutico estrecho (por ejemplo: ciclosporina, dihidroergotamina, ergotamina, fentanilo, pimizida, quinidina, sirolimus o tacrolimus).

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico del síndrome de Cushing 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 enzimas suprarrenales. 3. El paciente ha fracasado o ha sido intolerante a la terapia con agentes inyectables o por vía oral para la diabetes mellitus tipo 2.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Endocrinólogo

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# KOSELUGO

---

## **Medicamentos**

Koselugo Oral Capsule 10 Mg, 25 Mg

## **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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## **KUVAN**

---

### **Medicamentos**

Sapropterin Dihydrochloride Oral Packet 100 Mg, 500 Mg

Sapropterin Dihydrochloride Oral Tablet 100 Mg

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de hiperfenilalaninemia (HPA, según siglas en inglés) por fenilcetonuria (PKU, según siglas en inglés) sensible a tetrahydrobiopterina-(BH4-, según siglas en inglés). 2. Peso. 3. Niveles de fenilalanina (Phe, según siglas en inglés).

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Endocrinólogo, Hepatólogo, Genetista, Especialista en Enfermedades Metabólicas.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# LENVIMA

---

## 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

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1) Diagnóstico de alguna de los siguientes: (A) Para el tratamiento de pacientes con cáncer de tiroides diferenciado (DTC, según siglas en inglés) refractario al yodo radioactivo, progresivo, localmente recurrente o metastásico. (B) En combinación con pembrolizumab, para el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con carcinoma de células renales avanzado (RCC, según siglas en inglés). (C) En combinación con everolimus, para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma de células renales (RCC, según siglas en inglés) avanzado después de una terapia antiangiogénica previa. (D) Para el tratamiento de primera línea de pacientes con carcinoma hepatocelular irresecable (HCC, según siglas en inglés). (E) En combinación con pembrolizumab, para el tratamiento de pacientes con carcinoma de endometrio avanzado (EC, según siglas en inglés) que es capaz de reparar errores de emparejamiento (pMMR, según siglas en inglés), según lo determinado por una prueba aprobada por la FDA, o sin alta inestabilidad de microsatélites (MSI-H, según siglas en inglés), que tienen progresión de la enfermedad después de una terapia sistémica previa en cualquier entorno y no son candidatos para cirugía curativa o radiación. 2) Peso.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# LETAIRIS

---

## **Medicamentos**

Ambrisentan Oral Tablet 5 MG, 10 MG

## **Criterios de Exclusión**

1. Embarazo. 2. Fibrosis pulmonar idiopática (FPI, según siglas en inglés), incluidos pacientes con FPI con hipertensión pulmonar (Grupo 3 de la OMS).

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (PAH, según siglas en inglés) (Grupo 1 de la OMS): A) Para mejorar la capacidad de ejercicio y retrasar el empeoramiento clínico. B) En combinación con tadalafil, para reducir los riesgos de progresión de la enfermedad y hospitalización por empeoramiento de la PAH y para mejorar la capacidad de ejercicio.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## 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

### Criterios de Exclusión

Ninguno

### Información Médica Requerida

Diagnóstico

### Restricción de Edad

Ninguna

### Restricción de Médico

Ginecólogo, Urólogo, Oncólogo, Endocrinólogo.

### Duración de Cubierta

12 meses

### Otros Criterios

Sujeto a revisión de B vs D, excepto leuprolide 5mg/mL.

### Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

### Prerrequisito Parte B

Ninguno

# LIBERVANT

---

## **Medicamentos**

Libervant Buccal Film 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 12.5 MG, 15 MG

## **Criterios de Exclusión**

Glaucoma de ángulo estrecho agudo.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de epilepsia con intermitentes, episodios estereotipados de actividad convulsiva frecuente (es decir, convulsiones en grupo, convulsiones agudas repetitivas) que son distintos del patrón habitual de convulsiones del paciente. 2. El medicamento se utilizará como tratamiento agudo. 3. El paciente se encuentra actualmente en un régimen estable de medicamentos antiepilépticos (AEDs, según sus siglas en inglés) (p. ej., lamotrigina, topiramato, oxcarbazepina). 4. Peso.

## **Restricción de Edad**

2 a 5 años.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para continuación: 1. El paciente está respondiendo positivamente a la terapia y, 2. Si la solicitud es para un aumento de dosis, la nueva dosis no excede 2 dosis por episodio único (sin exceder 1 episodio cada 5 días o 5 episodios por mes) y la dosis es de acuerdo al peso del paciente.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# LINEZOLID

---

## **Medicamentos**

Linezolid Oral Tablet 600 MG

Linezolid Oral Suspension Reconstituted 100 MG/5ML

Linezolid Solution 600 MG/300ML Intravenous

## **Criterios de Exclusión**

Los pacientes que toman cualquier inhibidor de la monoamina oxidasa (MAOI, según siglas en inglés) o dentro de las dos semanas de haber tomado un MAOI.

## **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 Enterococos faecium resistente a vancomicina - 14-28 días).

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# LORBRENA

---

## **Medicamentos**

Lorbrena Oral Tab 25mg, 100mg

## **Criterios de Exclusión**

Uso concomitante con inductores fuertes CYP3A.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico positivo de quinasa de linfoma anaplásico (ALK, según siglas en inglés), detectado mediante 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# LOTRONEX

---

## **Medicamentos**

Alosetron HCl Oral Tablet 0.5 MG, 1 MG

## **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**

Diagnóstico de diarrea severa predominante síndrome del intestino irritable (IBS, según siglas en inglés) en mujeres. 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. Medicamento solo aprobado para mujeres, no para uso en hombres.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# LUMAKRAS

---

## **Medicamentos**

Lumakras Oral Tablet 120 Mg, 320 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico con mutación de KRAS G12C, según determinado por una prueba aprobada por la FDA y el paciente ha fallado al menos en una terapia sistémica previa.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# LUMRYZ

---

## Medicamentos

Lumryz Oral Packet 4.5 gm, 6gm, 7.5 gm, 9 gm

## Criterios de Exclusión

1. Uso concomitante de hipnóticos sedantes. 2. Paciente con deficiencia de deshidrogenasa de semialdehído succínico.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cataplexia o somnolencia diurna excesiva (EDS) en adultos con narcolepsia. 2. El diagnóstico se confirmó mediante una evaluación del sueño (p.ej. prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía). 3. Para pacientes con somnolencia diurna excesiva, el paciente tuvo uso previo o tiene una contraindicación, intolerancia o alergia al modafinilo, armodafinilo, metilfenidato, dextroanfetamina o sales mixtas de anfetamina.

## Restricción de Edad

Ninguno

## Restricción de Médico

Ninguno

## Duración de Cubierta

Inicio: 6 meses. Renovación: 12 meses

## Otros Criterios

Inscripción en el programa de Evaluación de Riesgos y Estrategia de Mitigación. Para la renovación, el paciente tuvo una respuesta positiva al medicamento (aumento de la calidad del sueño) según lo determinó el médico.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# LYNPARZA

---

## **Medicamentos**

Lynparza Oral Tablet 100 MG, 150 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# LYTGOBI

---

## **Medicamentos**

Lytgobi (12 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 4 Mg

Lytgobi (16 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 4 Mg

Lytgobi (20 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 4 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático previamente tratado, no resecable, localmente avanzado o metastásico que alberga fusiones de genes del receptor 2 de factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2, según siglas en inglés) u otros reordenamientos.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Gastroenterólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# MATULANE

---

## **Medicamentos**

Matulane Oral Capsule 50 MG

## **Criterios de Exclusión**

Pacientes con reserva de médula inadecuada como lo demuestra la aspiración de médula ósea. Debe prestarse la debida consideración 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# MAVYRET

---

## **Medicamentos**

Mavyret Oral Tab 100 mg-40 mg

## **Criterios de Exclusión**

Coadministración con atazanavir and rifampin. Pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C) o aquellos con antecedentes de descompensación hepática previa.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico, 2. 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. 3. Estatus de Cirrosis. 4. Hepatitis B – estatus.

## **Restricción de Edad**

3 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

8 a 16 semanas

## **Otros Criterios**

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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# MAYZENT

---

## **Medicamentos**

Mayzent Starter Pack Oral Tablet Therapy Pack 0.25 Mg

Mayzent Starter Pack Oral Tablet Therapy Pack 12 X 0.25 MG

Mayzent Oral Tablet 0.25 MG, 1 MG, 2 MG

## **Criterios de Exclusión**

1. Pacientes con un genotipo CYP2C9 \* 3 / \* 3. 2. En los últimos 6 meses, ha sufrido un infarto de miocardio, angina inestable, accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio (TIA, según siglas en inglés) insuficiencia cardíaca descompensada que requirió hospitalización o insuficiencia cardíaca de clase III / IV. 3. Presencia de Mobitz tipo II de segundo grado, bloqueo AV de tercer grado, o síndrome del seno enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapasos en funcionamiento.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de formas relapsantes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir síndrome clínicamente aislado, enfermedad relapsante-remitente y enfermedad progresiva secundaria activa.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en Esclerosis Múltiple.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# MEKTOVI, BRAFTOVI

---

## Medicamentos

Braftovi Oral Cap 75mg

Mektovi Oral Tab 15mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 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 (CRC, según siglas en inglés) con una mutación BRAF V600E, detectada por una prueba aprobada por la FDA, después de una terapia previa. C) Encorafenib (Braftovi) en combinación con binimetinib (Mektovi), para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico con una mutación BRAF V600E, detectada mediante 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

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

## **MEPRON**

---

### **Medicamentos**

Atovaquone Oral Suspension 750 MG/5ML

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

El diagnóstico de neumonía por Pneumocystis (PCP, según siglas en inglés) y el fármaco se utilizarán para el tratamiento o la profilaxis de la PCP.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Especialista en Enfermedades Infecciosas.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# METHYLNALTREXONE

---

## **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)

## **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 ó más.

## **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Oncólogo, Hematólogo o Especialista de Manejo de Dolor.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# MODAFINIL

---

## Medicamentos

Modafinil Oral Tablet 100 MG 200 MG,

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: A) somnolencia excesiva asociada con síndrome de apnea obstructiva del sueño (OSA, según siglas en inglés) / 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 de anfetaminas, 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 ó más.

## Restricción de Médico

Ninguno

## Duración de Cubierta

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

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# NAYZILAM

---

**Medicamentos**

Nayzilam Nasal Solution 5 Mg/0.1ml

**Criterios de Exclusión**

Paciente con glaucoma agudo de ángulo estrecho.

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de episodios estereotípicos de actividad convulsiva frecuente (es decir, convulsiones de racimo, 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

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NERLYNX

---

## **Medicamentos**

Nerlynx Oral Tablet 40 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Como agente único, para el tratamiento adyuvante prolongado de pacientes adultos con cáncer de seno 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 seno HER2 positivo avanzado o metastásico que hayan recibido dos o más regímenes previos basados en anti-HER2 en el contexto metastásico.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NEXAVAR

---

## **Medicamentos**

Sorafenib Tosylate Oral Tablet 200 Mg

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Carcinoma hepatocelular no resecable, B) Carcinoma de células renales avanzado, C) Carcinoma tiroideo diferenciado, localmente recurrente o metastásico, progresivo, 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NINLARO

---

## **Medicamentos**

Ninlaro Oral Capsule 2.3 MG, 3 MG, 4 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: uso con lenalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que hayan recibido al menos una terapia previa. 2. Terapia previa 3. Protocolo: para usar con lenalidomida y dexametasona. 4. Contaje completo de células en sangre (CBC, según siglas en inglés) con diferencial, creatinina sérica y bilirrubina total. 5. Estado de embarazo en mujeres con potencial reproductivo.

## **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>.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NITISINONE

---

## **Medicamentos**

Nityr Tablet 10 Mg Oral 2 mg, 5 mg, 10 mg

Nitisinone Oral Capsule 2 Mg, 5 Mg, 10 Mg, 20Mg

Orfadin Oral Suspension 4 Mg/Ml Oral

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de tirosinemia hereditaria tipo I. 2. Peso.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Nefrólogo, Gastroenterólogo, Hematólogo, Genetista, Endocrinólogo o Especialista en Enfermedades Metabólicas.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NORTHERA

---

## **Medicamentos**

Droxidopa Oral Capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

2 semanas

## **Otros Criterios**

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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NUBEQA

---

## **Medicamentos**

Nubeqa Oral Tablet 300 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A) cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico, O B) cáncer de próstata sensible a hormonas metastásico (mHSPC, según sus siglas en inglés) en combinación con docetaxel. 2. Los pacientes también deben recibir un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH, según sus siglas en inglés) 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

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

## **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 la dosis máxima tolerada de corticosteroides inhalados más un controlador adicional del asma (a menos que sea intolerante o esté contraindicado), O B. Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) en pacientes con diagnóstico de EGPA durante al menos 6 meses con antecedentes de enfermedad recurrente o refractaria, O C. Síndrome hipereosinofílico (HES ) durante 6 meses sin una causa secundaria no hematológica identificable, O D. Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP). 2. Diferencial de hemograma, recuento sanguíneo de eosinófilos de más de 150 células por mcl.

## **Restricción de Edad**

Asma: 6 años o más. EGPA y CRSwNP: 18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neumólogo, Reumatólogo, Hematólogo, Alergista, Inmunólogo o Otorrinolaringólogo.

## **Duración de Cubierta**

Inicial: 6 meses. Renovación:12 meses.

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## **Pendiente de revisión por CMS**

# NUEDEXTA

---

## **Medicamentos**

Nuedexta Oral Capsule 20-10 MG

## **Criterios de Exclusión**

1. Uso concomitante con quinidina, quinina o mefloquina. 2. Pacientes con historial de trombocitopenia inducida por quinidina, quinina o mefloquina, hepatitis u otras reacciones de hipersensibilidad. 3. Pacientes con hipersensibilidad conocida a dextrometorfano. 4. Uso con un inhibidor de monoamina oxidasa (MAOI, según siglas en inglés) 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 torsadas de punto 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 (ejemplo, thioridazine o pimozide).

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de tratamiento de afecto pseudobulbar (PBA, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NUPLAZID

---

## **Medicamentos**

Nuplazid Oral Tablet 10 MG

Nuplazid Oral Capsule 34 MG

## **Criterios de Exclusión**

Pacientes de edad avanzada con psicosis relacionada a demencia.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de alucinaciones y delirios asociados con la psicosis por enfermedad de Parkinson.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Psiquiatra, Neurólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NURTEC

---

## **Medicamentos**

Nurtec Oral Tablet Dispersible 75 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Migraña aguda con o sin aura y el paciente ha intentado y fallado al menos un agonista del receptor triptano 5-HT<sub>1</sub> o tiene contraindicación o incapacidad para tolerarlo. B) Prevención de la migraña episódica y el paciente ha probado y fracasado al menos una terapia estándar de prevención (anticonvulsivo, bloqueador beta o antidepresivo).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza, Especialista en Manejo del Dolor.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# NUVIGIL

---

## **Medicamentos**

Armodafinil Oral Tablet 50 MG150 MG, 200 MG, 250 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) somnolencia excesiva asociada con síndrome de apnea obstructiva del sueño (OSA, según siglas en inglés). / 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 (por ejemplo 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 de anfetaminas, dextroanfetamina) O C) 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ODOMZO

---

**Medicamento**

Odomzo Oral Capsule 200 MG

**Criterios de Exclusión**

Embarazo

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de carcinoma de células basales localmente avanzado (BCC, según siglas en inglés) 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

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## OFEV

---

### **Medicamento**

Ofev Oral Capsule 100 MG, 150 MG

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) Fibrosis pulmonar idiopática confirmada por una tomografía computarizada (CT, según sus siglas en inglés) de alta resolución o biopsia, O b) Disminución de la función pulmonar en pacientes con esclerosis sistémica asociada a enfermedad pulmonar intersticial (SSc-ILD, según sus siglas en inglés), O c) Diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes crónicas (ILDs, según sus siglas en inglés) 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**

Pulmonólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Para continuación de tratamiento, el paciente se ha estabilizado desde el valor base en capacidad vital forzada o mejora, según lo determine el prescribiente, Y el paciente no ha experimentado aumento de AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o superiores a 3 veces el límite superior de la normalidad con signos o síntomas de daño hepático severo.

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# OGSIVEO

---

**Medicamento**

Ogsiveo Oral Tablet 50mg, 100mg, 150mg

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de tumores desmoides progresivos que requieren tratamiento sistémico.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno



## **OJEMDA**

---

### **Medicamento**

Ojemda Oral Suspension Reconstituted 25 MG/ML

Ojemda Oral Tablet 100 MG

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de glioma pediátrico de bajo grado (LGG, según sus siglas en inglés) recidivante o refractario que alberga una fusión o reordenamiento de BRAF, o una mutación BRAF V600. 2. Confirmación de la presencia de fusión o reordenamiento de BRAF o mutación BRAF V600 detectada mediante una prueba aprobada por la FDA. 3. Área de superficie corporal (BSA, según sus siglas en inglés).

### **Restricción de Edad**

6 meses de edad o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## OJJAARA

---

### **Medicamento**

Ojjaara Oral Tablet 100 MG, 150 MG, 200MG

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de mielofibrosis (MF, según siglas en inglés) de riesgo intermedio o alto, incluida la MF primaria o MF secundaria [post policitemia vera (PV, según siglas en inglés) y post-trombocitemia esencial (ET, según siglas en inglés)], en pacientes con anemia.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo, Especialista en Trasplantes

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# OPSUMIT

---

## **Medicamento**

Opsumit Oral Tablet 10 MG

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar según definido por la OMS grupo 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo antes del inicio de tratamiento. 3. Enzimas hepáticas basales. 4. Contaje completo de células en sangre (CBC, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Pulmonólogo, Cardiólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para pacientes féminas se requiere participación en Programa REMS.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## ORKAMBI

---

### **Medicamentos**

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

Orkambi Oral Packet 75-94 MG, 100-125 MG, 150-188 MG

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de fibrosis quística en homocigotos para la mutación F508del en el gen CFTR. Si se desconoce el genotipo del paciente, se debe usar una prueba de mutación de CF aprobada por la FDA para detectar la presencia de la mutación F508del en ambos alelos del gen CFTR. Medidas base de las transaminasas séricas y la bilirrubina antes de iniciar. 2. Prueba de función hepática base (AST, ALT y bilirrubina) y nivel de insuficiencia hepática (Child Pugh Class).

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Neumólogo

### **Duración de Cubierta**

Inicio: 3 meses. Renovación: 6 meses.

### **Otros Criterios**

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

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## ORLADEYO

---

### **Medicamentos**

Orladeyo Oral Capsule 110 MG, 150 MG

### **Criterios de Exclusión**

Ninguna

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de angioedema hereditario (HAE, según siglas en inglés) y medicamento como profilaxis de los ataques relacionados aHAE. 2. Prueba de función hepática (AST, ALT y bilirrubina) y Clase Child Pugh, para pacientes con insuficiencia hepática leve a grave.

### **Restricción de Edad**

12 años o más.

### **Restricción de Médico**

Inmunólogo, Alergista o Reumatólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

1) El paciente no pudo obtener el control de los ataques de HAE a pesar de estar en tratamiento con medicamentos de rescate para el avance. 2) Ajuste de dosis para pacientes con insuficiencia hepática de moderada a severa: cápsula de 110 mg por vía oral una vez al día.

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## ORSERDU

---

### **Medicamentos**

Orserdu Oral Tablet 86 Mg, 345 Mg

### **Criterios de Exclusión**

Ninguna

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor de estrógeno (ER, según siglas en inglés) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2, según siglas en inglés) negativo, con mutación en ESR1 y progresión de la enfermedad después de al menos una línea de terapia endocrina en mujeres posmenopáusicas o hombres adultos.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# OTEZLA

---

## **Medicamentos**

Otezla Oral Tablet 30 Mg

Otezla Oral Tablet Therapy Pack 10 & 20 & 30 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguna

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes, adultos: (A) artritis psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés), (B) psoriasis en placas que son candidatos para fototerapia o terapia sistémica, O (C) úlceras orales asociadas con la enfermedad de Behcet. O, pacientes pediátricos, de 6 años de edad o más y que pesen al menos 20 kg con psoriasis en placas de moderada a severa que sean candidatos para fototerapia o terapia sistémica. 2. Creatinina sérica o depuración de creatinina. 3. Para la psoriasis en placas, en adultos, (SOLO nuevos inicios), el paciente cumple con cualquiera de los siguientes: respuesta inadecuada o intolerancia a UNO de los siguientes: (1) una terapia tópica (p. ej., corticosteroide tópico, inhibidor de la calcineurina, análogo de la vitamina D), (2) fototerapia (p. ej., UVB, PUVA, según siglas en inglés), O (3) tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina O el tratamiento farmacológico con metotrexato o acitretina está contraindicado.

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Reumatólogo, Dermatólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## OTROS MEDICAMENTOS RESPIRATORIOS

---

### **Medicamentos**

Prolastin-C Solution Reconstituted 1000 MG Intravenous

### **Criterios de Exclusión**

Pacientes deficientes en inmunoglobulina A (IgA) con anticuerpos contra IgA.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de enfisema por deficiencia hereditaria severa del inhibidor de la proteinasa alfa1 (Alfa1-PI, según siglas en inglés) como parte del tratamiento crónico de aumento y mantenimiento.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Pulmonólogo, Genetista.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# OZEMPIC

---

## Medicamentos

Ozempic (0.25 Or 0.5 Mg/Dose) Subcutaneous Solution Pen-Injector 2 Mg/3ml

Ozempic (1 Mg/Dose) Subcutaneous Solution Pen-Injector 4 Mg/3ml

Ozempic (2 Mg/Dose) Subcutaneous Solution Pen-Injector 8 Mg/3ml

## Criterios de Exclusión

Historial personal o familiar de carcinoma medular de tiroides (MTC, por sus siglas en inglés) o en pacientes con síndrome de Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2 (MEN 2, por sus siglas en inglés).

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A) Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 para control glucémico, O B) Diabetes mellitus tipo 2 con enfermedad cardiovascular establecida, para reducir el riesgo de un evento cardiovascular adverso importante. 2. El paciente ha probado y fracasado a metformin.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Ninguno

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# PANRETIN

---

## **Medicamentos**

Panretin External Gel 0.1 %

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico del sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo o Infectólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# PEGASYS

---

## Medicamentos

Pegasys Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 180 MCG/0.5ML

Pegasys Subcutaneous Solution 180 MCG/ML

## Criterios de Exclusión

Hepatitis autoinmune. Descompensación hepática (puntuación de Child-Pugh mayor 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 usan terapia triple (Pegasys + antiviral + RBV), otros regímenes: 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 HCV, 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.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# PEMAZYRE

---

## Medicamentos

Pemazyre Oral Tablet 13.5 Mg, 4.5 Mg, 9 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A) colangiocarcinoma no resecable localmente avanzado o metastásico previamente tratado, con una fusión del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2, según sus siglas en inglés) u otro reordenamiento detectado por una prueba aprobada por la FDA, O B) neoplasma mieloide/linfoide en relapso o refractario con reordenamiento de FGFR1, según sus siglas en inglés.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

## **PHEBURANE**

---

### **Medicamentos**

Pheburane Oral Pellet 483 Mg/Gm

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de trastornos del ciclo de la urea (UCDs, según sus siglas en inglés) que implican deficiencias de carbamilo fosfato sintetasa (CPS, según sus siglas en inglés), ornitina transcarbamilasa (OTC, según sus siglas en inglés) o ácido arginosuccínico sintetasa (AS, según sus siglas en inglés).

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

El medicamento es recetado por o en consulta con un genetista o hepatólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

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

---

### **Medicamentos**

Sildenafil Citrate Oral Suspension Reconstituted 10 Mg/MI

Sildenafil Citrate Oral Tablet 20 Mg

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Hipertensión arterial pulmonar (PAH, según sus siglas en inglés) (Organización Mundial de la Salud [OMS] Grupo I) confirmada por cateterismo cardíaco derecho del para mejorar la capacidad de ejercicio y retrasar el empeoramiento clínico, en pacientes adultos. B) Hipertensión arterial pulmonar (PAH, según sus siglas en inglés) (Grupo I de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio y, en pacientes pediátricos demasiado jóvenes para realizar pruebas de esfuerzo estándar, se cree que la hemodinámica pulmonar es la base de las mejoras en los ejercicios.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Pulmonólogo, Cardiólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# PIQRAY

---

## Medicamentos

Piqray (300 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 2 X 150 mg

Piqray (200 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 200 mg

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

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor hormonal (HR, según siglas en inglés) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés) - negativo, mutación PIK3CA, para usarse en combinación con fulvestrant en mujeres posmenopáusicas y hombres con progresión de la enfermedad siguiendo un régimen basado en terapia endocrina. 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

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# PRETOMANID

---

## Medicamentos

Pretomanid Oral Tablet 200 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

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

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Médico especialista en enfermedades infecciosas, Especialista en tuberculosis (TB) 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 (ejemplo, sistema nervioso central (CNS, según siglas en inglés)) o el tratamiento de las infecciones por micobacterias no tuberculosas.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# PREVYMIS

---

## Medicamentos

Prevymis Oral Tablet 240 MG, 480 MG

## 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 de cualquiera de los siguientes: A) Citomegalovirus (CMV, según siglas en inglés) infección y enfermedad en adultos receptores seropositivos CMV [R+] de un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (HSCT, según siglas en inglés), y el fármaco se utilizará para la profilaxis. B) Enfermedad por CMV en receptores adultos de trasplante de riñón de alto riesgo (Donante CMV seropositivo/Receptor CMV seronegativo [D+/R-]), y el fármaco se utilizará para profilaxis.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, o Especialista en Trasplantes.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# PROLIA

---

## Medicamentos

Prolia Solution Prefilled Syringe 60 MG/ML Subcutaneous

## 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 aromataasa 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 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

Ninguna

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# PROMACTA

---

## Medicamentos

Promacta Oral Packet 12.5 MG, 25 MG

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

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de a) Trombocitopenia inmunitaria crónica (ITP, según siglas en inglés ), que han tenido una respuesta insuficiente a los corticosteroides, inmunoglobulinas o esplenectomía, O b) Trombocitopenia en pacientes con hepatitis C crónica para permitir el inicio y mantenimiento de la terapia basada en interferón, O c) Anemia aplásica severa, como tratamiento de primera línea, en combinación con terapia inmunosupresora estándar, O d) Anemia aplásica severa, que han tenido una respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora.
2. ALT, AST y bilirrubina antes del inicio y con cada evaluación.

## Restricción de Edad

Para trombocitopenia o trombocitopenia inmune crónica (ITP): 1 año o más. Para anemia aplásica severa: 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 HCV, 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 HCV, aprobar para permitir el inicio de la terapia antiviral.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# PYRUKYND

---

## **Medicamentos**

Pyrukynd oral tablet 20 MG, 5 MG, 50 MG

Pyrukynd Taper Pack Oral Tablet Therapy Pack 5 MG

Pyrukynd Taper Pack Oral Tablet Therapy Pack 7 X 20 MG & 7 X 5 MG, 7 X 50 MG & 7 X 20 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de anemia hemolítica en adultos con deficiencia de piruvato quinasa (PK, según siglas en inglés). 2. El paciente debe tener una hemoglobina menor o igual a 10 g/dL o recibir transfusiones de sangre regulares (al menos 6 en el último año). 3. Prueba de laboratorio que confirme la deficiencia de piruvato quinasa (PK).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **QINLOCK**

---

## **Medicamentos**

Qinlock Oral Tablet 50 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal avanzado (GIST, según siglas en inglés) 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# RADICAVA

---

**Medicamentos**

Radicava ORS Starter Kit Oral Suspension 105 MG/5 ML

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ALS, según siglas en inglés).

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Neurólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# RAVICTI

---

## **Medicamentos**

Ravicti Oral Liquid 1.1 GM/ML

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de los trastornos del ciclo de urea (UCD, según siglas en inglés) y el fármaco se utilizarán como parte del manejo crónico.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Especialista en Trastornos del Ciclo de Urea, Especialista en Trastornos Metabólicos.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# RECORLEV

---

## Medicamentos

Recorlev Oral Tablet 150 mg

## Criterios de Exclusión

1. Cirrosis, enfermedad hepática aguda o enfermedad hepática crónica pobremente controlada, AST o ALT más de tres veces el límite superior normal, colelitiasis sintomática recurrente, antecedentes de lesión hepática inducida por fármacos debido a ketoconazol o cualquier tratamiento antifúngico azol que requirió interrupción. 2. Uso concomitante de fármacos que prolongan el intervalo QT asociado con arritmias ventriculares, incluidas torsades de pointes. 3. Intervalo QTcF prolongado de más de 470 milisegundos al inicio del estudio, torsade de pointes, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o síndrome de QT prolongado.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de la enfermedad de Cushing (pituitaria) Y la cirugía pituitaria no es una opción o no ha sido curativa. 2. Nivel base de cortisol libre en orina de 24 horas igual o superior a 1.5 veces por el límite superior de lo normal.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Endocrinólogo

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Para continuación: nivel de cortisol libre en orina de 24 horas muestra una mejora en los niveles de cortisol libre en orina Y el paciente tolera el tratamiento.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# REGRANEX

---

## **Medicamentos**

Regranex External Gel 0.01 %

## **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. Neoplasia en el lugar de aplicación.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de úlceras neuropáticas diabéticas de extremidades inferiores que se extienden hacia el tejido subcutáneo o más allá y tienen un riego sanguíneo adecuado, como tratamiento adyuvante.

## **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 desbridamiento, alivio de presión y control de infección.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# RETEVMO

---

## Medicamentos

Retevmo Oral Capsule 40 Mg, 80 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico con una fusión del gen reordenado durante la transfección (RET, según siglas en inglés), detectado mediante una prueba aprobada por la FDA, B) Cáncer de tiroides medular avanzado o metastásico (MTC, según siglas en inglés) con una mutación RET, detectada mediante una prueba aprobada por la FDA, que requiere terapia sistémica, C) Cáncer de tiroides avanzado o metastásico con una fusión del gen RET, detectada mediante una prueba aprobada por la FDA, que requiere terapia sistémica y que son refractarios al yodo radiactivo (si el yodo radiactivo es apropiado), D) Tumores sólidos localmente avanzados o metastásicos con una fusión del gen RET que han progresado durante o después de un tratamiento sistémico previo o que no tienen opciones alternas de tratamiento satisfactorias. 2. Peso 3. Prueba de embarazo para mujeres en edad reproductiva. 4. Prueba de función hepática (AST, ALT, bilirrubina).

## Restricción de Edad

Para cáncer de pulmón de células no pequeñas localmente avanzado o metastásico con fusión del gen RET y tumor sólido localmente avanzado o metastásico con fusión del gen RET: 18 años o más. Para cáncer de tiroides medular avanzado o metastásico con mutación RET y cáncer de tiroides avanzado o metastásico con fusión del gen RET: 12 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# REVLIMID

---

## Medicamentos

Lenalidomide Oral Capsule 2.5 Mg, 5 Mg, 10 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 25 Mg

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

## Criterios de Exclusión

Embarazo. Tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica crónica (CLL, según siglas en inglés ).

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Mieloma múltiple (MM, según siglas en inglés), en combinación con dexamethasone. 2. MM, como mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas autólogas (auto-HSCT, según siglas en inglés). 3. Anemia dependiente de la transfusión debido a síndromes mielodisplásicos (MDS, según siglas en inglés) de riesgo bajo o intermedio-1 asociados con una anomalía de delección 5q con o sin anomalías citogenéticas adicionales. 4. Linfoma de células del manto (MCL, según siglas en inglés) cuya enfermedad ha recaído o progresado después de dos terapias anteriores, una de las cuales incluía bortezomib. 5. Linfoma folicular (FL, según siglas en inglés) previamente tratado, en combinación con un producto de rituximab. 6. Linfoma de zona marginal (MZL, según siglas en inglés) 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

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# REXULTI

---

## **Medicamentos**

Rexulti Oral Tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Trastorno depresivo mayor (MDD, según siglas en inglés), B) Esquizofrenia, C) Agitación asociada con demencia debido a la enfermedad de Alzheimer. 2. Resultados iniciales de las pruebas de laboratorio: A) Creatinina sérica o aclaramiento de creatinina, y B) Pruebas de función hepática o puntuación de Child-Pugh. 3. Uso previo de cualquiera de los siguientes, según indicación aprobada: A) Trastorno depresivo mayor: citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina, venlafaxina, olanzapina, B) Esquizofrenia: clozapina, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona, ziprasidona.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# REZLIDHIA

---

## **Medicamentos**

Rezlidhia Oral Capsule 150 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés) en relapsoo refractaria con mutación IDH1 susceptible 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# REZUROCK

---

## Medicamentos

Rezurock Oral Tablet 200 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de la enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD, según siglas en inglés) y el paciente ha fallado al menos a dos líneas previas de terapia sistémica. 2. Prueba de función hepática (ALT, AST y bilirrubina).

## Restricción de Edad

12 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Especialista en trasplantes.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# RILUTEK

---

## **Medicamentos**

Riluzole Oral Tab 50 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ALS, según siglas en inglés). 2. Prueba de función hepática (AST, ALT).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# RINVOQ

---

## Medicamentos

Rinvoq Oral Tablet Extended Release 24 Hour 15 MG, 30 MG, 45 MG

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1) Artritis reumatoide (RA, según siglas en inglés) activa de moderada a severa en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 2) Artritis psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés) en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 3) Dermatitis atópica refractaria (AD, según siglas en inglés) moderada a severa, en pacientes cuya enfermedad no se controla adecuadamente con al menos un corticosteroide tópico o un inhibidor de la calcineurina, biológicos, o cuando estas terapias no son recomendables, 4) Colitis ulcerosa ( UC, según siglas en inglés) activa de moderada a severa en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 5) Enfermedad de Crohn (CD, según siglas en inglés) activa de moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 6) Espondilitis anquilosante activa que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 7) Espondiloartritis axial no radiográfica activa (nr- axSpA, según siglas en inglés ) con signos objetivos de inflamación que ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con bloqueadores del TNF .

## Restricción de Edad

Para AD: 12 años o más. Para AR, PsA, UC, CD, Espondilitis anquilosante y nr-axSpA: 18 años o más.

## Restricción de Médico

Reumatólogo, Dermatólogo, Inmunólogo, Alergista o Gastroenterólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# ROZLYTREK

---

## Medicamentos

Rozlytrek Oral Capsule 100 Mg, 200 Mg

Rozlytrek Oral Packet 50 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer metastásico de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) Y los tumores ROS1 positivos, según lo detecta una prueba aprobada por la FDA. B) Tumores sólidos que: i) tienen una fusión del gen del receptor de tirosina quinasa neurotrófico (NTRK, según siglas en inglés), detectado mediante una prueba aprobada por la FDA sin una mutación de resistencia adquirida conocida, Y ii) son metastásicos o donde es probable que la resección quirúrgica resulte en lesiones graves morbilidad, Y iii) han progresado después del tratamiento o no tienen una terapia alternativa satisfactoria.

## Restricción de Edad

Para NSCLC: 18 años o más. Para tumores sólidos: 1 mes de edad o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

## **RUBRACA**

---

### **Medicamentos**

Rubraca Oral Tablet 200 MG, 250 MG, 300 MG

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Para el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con una mutación BRCA deletéreo (de línea germinal y/o somática) asociada con cáncer epitelial recurrente de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario que se encuentran en una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino. B) Cáncer de próstata, para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC, según siglas en inglés) asociado a una mutación BRCA deletéreo (germinal y/o somática) que han sido tratados con terapia dirigida al receptor de andrógenos y quimioterapia basada en taxanos. 2. Mujeres con potencial reproductivo: Uso de métodos anticonceptivos efectivos durante la terapia.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Debe ser cubierto por la Parte D.

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **RYDAPT**

---

## **Medicamentos**

Rydapt Oral Cap. 25 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1. Leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada (AML, según siglas en inglés) 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, según siglas en inglés), con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN, según siglas en inglés) o leucemia de mastocitos (MCL, según siglas en inglés).

## **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 AML.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SABRIL

---

## **Medicamentos**

Vigabatrin Oral Packet 500 MG

Vigabatrin Oral Tablet 500 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1) Convulsiones parciales complejas refractarias (CPS, según siglas en inglés), para uso como terapia complementaria y el paciente respondió de manera inadecuada, tiene contraindicación o intolerancia a dos anticonvulsivos del formulario (ejemplo, lamotrigina, ácido valproico, fenitoína), O 2) Espasmos Infantiles (IS, según siglas en inglés).

## **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**

Participación en el programa REMS de Vigabatrin.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SAVELLA

---

## **Medicamentos**

Savella Oral Titration Pack 12.5 & 25 & 50 MG

Savella Oral Tablet 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 100 MG

## **Criterios de Exclusión**

El uso concomitante con inhibidor de monoaminaoxidasa (MAOI, según siglas en inglés). Uso concomitante con antidepresivos.

## **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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SCSEMBLIX

---

## **Medicamentos**

Scemblix Oral Tablet 20 MG, 40MG, 100MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes, a) Leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo (CML Ph+, según siglas en inglés) en fase crónica (CP, según siglas en inglés), tratada previamente con dos o más inhibidores de la quinasa de tirosina (TKI, según siglas en inglés). O b) CML Ph+ en CP con la mutación T315I.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SIGNIFOR

---

## **Medicamentos**

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

## **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. 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. Al menos tener falla a un agente previo utilizado en el tratamiento de enfermedad de Cushing (ketoconazol, mitotano, o metirapona) o contraindicación a todos los agentes.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SIRTURO

---

## **Medicamentos**

Sirturo Oral Tablet 20 Mg, 100 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de tuberculosis pulmonar resistente a múltiples fármacos, para ser utilizado en combinación con al menos otros 3 agentes. 2. Electrocardiograma basal y pruebas de función hepática.

## **Restricción de Edad**

5 años o más

## **Restricción de Médico**

Especialista en Enfermedades Infecciosas o Tuberculosis.

## **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, sistema nervioso central (CNS, según sus siglas en inglés), o para el tratamiento de infecciones por micobacterias no tuberculosas.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# SIVEXTRO

---

## **Medicamentos**

Sivextro Intravenous Solution Reconstituted 200 MG

Sivextro Oral Tablet 200 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Cultivo

## **Restricción de Edad**

12 años o más.

## **Restricción de Médico**

Médico especialista en enfermedades infecciosas, Dermatólogo, Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

6 días

## **Otros Criterios**

Para Sivextro IV, el paciente debe tener dificultades para tragar Sivextro oral. Sujeto a revisión B vs D.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SKYCLARYS

---

## **Medicamentos**

Skyclarys Oral Capsule 50 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de la ataxia de Friedreich. 2. Prueba de laboratorio de base: A) enzimas hepáticas (p. ej., AST, ALT y bilirrubina), B) péptido natriurético tipo B (BNP, según siglas en inglés) y C) panel de lípidos. 3. Puntuación de Child-Pugh.

## **Restricción de Edad**

16 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo o especialista en ataxias o trastornos neuromusculares.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SKYRIZI

---

## Medicamentos

Skyrizi Pen Subcutaneous Solution Auto-Injector 150 Mg/MI

Skyrizi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 150 Mg/MI

Skyrizi Subcutaneous Solution Cartridge 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A) Psoriasis en placas de moderada a severa que son candidatos para terapia sistémica o fototerapia, O B) Artritis psoriásica activa. C) Enfermedad de Crohn activa de moderada a severa, O D) Colitis ulcerosa activa de moderada a severa. 2.PPD negativo.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Dermatólogo, Reumatólogo, Gastroenterólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# SOMAVERT

---

## **Medicamentos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de Acromegalia.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SPRYCEL

---

## **Medicamentos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Adultos recién diagnosticados con leucemia mieloide crónica (CML, según siglas en inglés) con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+) en fase crónica. B) Adultos con leucemia mieloide crónica Ph+ en fase blástica crónica, acelerada o mieloide o linfoide con resistencia o intolerancia a un tratamiento previo, incluido imatinib. C) adultos con leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (ALL Ph+, según siglas en inglés) con resistencia o intolerancia a la terapia previa. D) Pacientes pediátricos de 1 año en adelante con CMLPh+ en fase crónica. E) Pacientes pediátricos de 1 año de edad y mayores con ALL Ph+ recién diagnosticada en combinación con quimioterapia. 2. Resultados positivos de la prueba del cromosoma Filadelfia.

## **Restricción de Edad**

1 año o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# STELARA

---

## Medicamentos

Stelara Subcutaneous Solution 45 mg/0.5ml

Stelara Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45 mg/0.5ml

Stelara Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 90 mg/ml

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1) Adultos: a) Psoriasis en placas (Ps, según siglas en inglés) de moderada a severa que son candidatos para fototerapia o terapia sistémica, b) Artritis psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés), c) Enfermedad de Crohns (CD, según siglas en inglés) activa de moderada a severa, O d) Colitis ulcerosa activa (UC, según siglas en inglés) de moderada a severa. 2) Pacientes pediátricos, de 6 años en adelante: a) psoriasis en placas de moderada a severa, candidatos a fototerapia o terapia sistémica, b) artritis psoriásica (PsA, según siglas en inglés) activa. Para todas las indicaciones, al paciente se le han realizado pruebas para detectar infección de tuberculosis latente y se ha descartado la tuberculosis latente o está siendo tratada.

## Restricción de Edad

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

## Restricción de Médico

Ps: Dermatólogo. PsA: Dermatólogo o Reumatólogo. CD y UC: Gastroenterólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Para (nuevos comienzos solamente): 1. Psoriasis en placas (Ps): adultos, a) Prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a DOS de los siguientes: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast) o Skyrizi (risankisumab). Pacientes pediátricos, prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a Enbrel (etanercept). b) Al menos el 5% del área de superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico. 2. En adultos con artritis psoriásica (APs) activa: prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a DOS de los siguientes: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab) o Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). 3. Enfermedad de Crohn (CD): prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a Humira (adalimumab). 4. Colitis ulcerosa (UC) activa de moderada a severa: prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a UNO de los siguientes: Humira (adalimumab) y Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada).

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# SUTENT

---

**Medicamentos**

Sunitinib Malate Oral Capsule 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG

**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

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# SYMLIN

---

## **Medicamentos**

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

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

## **Criterios de Exclusión**

1. Gastroparesia confirmada. 2. Desconocimiento de hipoglucemia.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de Diabetes Tipo 1 o Tipo 2 en pacientes que usan insulina a la hora de las comidas y no han logrado el control glucémico deseado a pesar de la terapia óptima con insulina. 2. Prueba de hemoglobina A1C.

## **Restricción de Edad**

18 años ó más.

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Aprobar si el paciente cumple con todos los siguientes criterios: actualmente está tomando insulina a la hora de las comidas, tiene una HbA1c menor o igual a 9%, no ha logrado un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre a pesar del manejo individualizado de su terapia con insulina.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# SYNAREL

---

## **Medicamentos**

Synarel Nasal Solution 2 MG/ML

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo, lactancia, sangrado vaginal anormal.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Pubertad Precoz Central (CPP, según siglas en inglés). B) Endometriosis.

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Ginecólogo, Endocrinólogo.

## **Duración de Cubierta**

6 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TABRECTA

---

## **Medicamentos**

Tabrecta Oral Tablet 150 Mg, 200 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TAGRISSE

---

## Medicamentos

Tagrisso Oral Tab 40 mg, 80 mg

## 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 adultos con cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) cuyos tumores tienen deleciones en el exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, según siglas en inglés) o mutaciones en el exón 21 L858R, según lo detectado mediante una prueba aprobada por la FDA, O 2) tratamiento de primera línea de pacientes adultos 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) en combinación con pemetrexed y quimioterapia basada en platino, el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con NSCLC localmente avanzado o metastásico cuyos tumores tienen deleciones en el exón 19 del EGFR o mutaciones en el exón 21 L858R, según lo detectado mediante una prueba aprobada por la FDA, O 4) 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 (Gleevec), Lapatinib (Tyverb), Nilotinib (Tasigna), Pazopanib (Votrient), Regorafenib (Stivarga), Sorafenib (Nexavar), Sunitinib (Sutent)).

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TAKHZYRO

---

## **Medicamentos**

Takhzyro Subcutaneous Solution 300 MG/2ML

Takhzyro Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 300 MG/2ML

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de angioedema hereditaria Y será utilizado para prevenir ataques de angioedema hereditaria (HAE, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

2 años o más.

## **Restricción de Médico**

Inmunólogo, Alergista o Reumatólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

El paciente no pudo obtener el control de los ataques de HAE a pesar de estar en tratamiento con medicamentos abortivos.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TALTZ

---

## Medicamentos

Taltz Solution Auto-injector 80 MG/ML Subcutaneous

Taltz Solution Prefilled Syringe 80 MG/ML Subcutaneous

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Psoriasis en placas (Ps, según siglas en inglés) de moderada a severa y el paciente es candidato a terapia sistémica o fototerapia. B) Artritis Psoriásica Activa (AP, según siglas en inglés). C) Espondilitis Anquilosante Activa (AS, según siglas en inglés). D) Espondiloartritis axial no radiológica activa con signos objetivos de inflamación. 2. Resultados negativos en la prueba de Derivado Proteico Purificado (PPD, según siglas en inglés) para tuberculosis

## Restricción de Edad

Para Ps: 6 años o más. Otros diagnósticos: 18 años o más.

## Restricción de Médico

Dermatólogo o Reumatólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

1. Para la psoriasis en placas de moderada a severa, el paciente probó y falló UNO de los siguientes: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast) o Skyrizi (risankisumab). 2. Para la espondilitis anquilosante, el paciente probó y falló UNO de los siguientes: Enbrel (etanercept) o Humira (adalimumab). 3. Para la artritis psoriásica, el paciente probó y falló UNO de los siguientes: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankisumab), Xeljanz (tofacitinib) o Xeljanz XR (tofacitinib en formulación de liberación prolongada).

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TALZENNA

---

## Medicamentos

Talzenna Oral Cap 0.1 mg, 0.25mg, 0.35 mg, 0.5 Mg, 0.75 Mg, 1 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de mama localmente avanzado o metastásico con mutación en BRCA de línea germinal (gBRCAm, según siglas en inglés) HER-2 negativo perjudicial o presuntamente perjudicial, como agente único. B) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC, según siglas en inglés) mutado en el gen HRR, en combinación con enzalutamida. 2. Para gBRCAm: Los pacientes fueron seleccionados para la terapia basándose en un diagnóstico complementario 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

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TARCEVA

---

## **Medicamentos**

Erlotinib Oral Tab 25 mg, 100 mg, 150 mg

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC, según siglas en inglés) cuyos tumores tienen deleciones del exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, según siglas en inglés) o mutaciones de sustitución en el exón 21 (L858R) detectadas mediante 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. B) 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TARGRETIN

---

## **Medicamentos**

Bexarotene External Gel 1 %

Bexarotene Oral Capsule 75 MG

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (CTCL, según siglas en inglés) 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**

Hematólogo, Oncólogo, Dermatólogo

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# TASIGNA

---

## **Medicamentos**

Tasigna Oral Capsule 50 MG, 150 MG, 200 MG

## **Criterios de Exclusión**

Hipocalemia, hipomagnesemia, síndrome de QT largo.

## **Información Médica Requerida**

Indicado para el tratamiento de cualquiera de los siguientes: 1. Pacientes adultos y pediátricos mayores o iguales a 1 año de edad con diagnóstico nuevo de leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ CML, según siglas en inglés) en fase crónica, O 2. Pacientes adultos con fase crónica (CP, según siglas en inglés) y fase acelerada (AP, según siglas en inglés) Ph+ es resistente o intolerante a la terapia previa que incluía imatinib, O 3. Pacientes pediátricos mayores o iguales a 1 año de edad con Ph+ CML-CP y CML-AP resistentes o intolerantes a la terapia previa tratamiento con inhibidores de la tirosina quinasa (TKI, según siglas en inglés).

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TAVNEOS

---

## **Medicamentos**

Tavneos Oral Capsule 10 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de vasculitis activa severa asociada a autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA, según siglas en inglés) (granulomatosis con poliangeítis [GPA, según siglas en inglés] y poliangeítis microscópica [MPA, según siglas en inglés]), como tratamiento adyuvante en combinación con la terapia estándar que incluye glucocorticoides. 2. Antes de iniciar: a) panel de pruebas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina y bilirrubina total) y b) examinar a los pacientes para detectar infección por el virus de la hepatitis B midiendo HBsAg y anti-HBc.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo, Reumatólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TAZORAC

---

## Medicamentos

Tazarotene External Cream 0.1 %

Tazorac External Cream 0.05 %

Tazarotene External Gel 0.05 %, 0.1 %

## Criterios de Exclusión

Embarazo

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: (A) Acné vulgar y el paciente ha realizado una prueba adecuada (al menos dos semanas) con al menos otro producto tópico para el acné (ej., peróxido de benzoilo, ácido salicílico, clindamicina, eritromicina, adapaleno, ácido azelaico y/o tretinoína), O (B) Diagnóstico de psoriasis en placas estable de moderada a severa y el paciente tiene una contraindicación o probó una prueba adecuada (al menos 2 semanas) con al menos otro producto tópico para la psoriasis (ej. corticosteroides de mediana a alta potencia y/o análogos de vitamina D). Para la formulación en gel: la psoriasis en placas de moderada a severa afecta al 20 % o menos del área de la superficie corporal. 2. BSA. 3. Las mujeres en edad fértil están utilizando medidas anticonceptivas adecuadas durante la terapia.

## Restricción de Edad

12 años o más.

## Restricción de Médico

Ninguna

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguna

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TAZVERIK

---

## **Medicamentos**

Tazverik Oral Tablet 200 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Sarcoma epitelioides metastásico o localmente avanzado no elegible para resección completa. 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 2 terapias sistémicas previas. C) Linfoma folicular en recaída o refractario que no tiene opciones de tratamiento alternativas satisfactorias.

## **Restricción de Edad**

Para sarcoma epitelioides metastásico o localmente avanzado: 16 años o más. Otros: 18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TECFIDERA

---

## **Medicamentos**

Dimethyl Fumarate starter pack oral 120 & 240 mg

Dimethyl Fumarate Oral Capsule Delayed Release 120 MG, 240 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de formas relapsantes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir síndrome clínicamente aislado, relapsante-remitente y enfermedad secundaria progresiva activa. 2. Conteo completo de células en sangre (CBC).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en Esclerosis Múltiple.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TEPMETKO

---

## **Medicamentos**

Tepmetko Oral Tablet 225 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico que alberga alteraciones de omisión del exón 14 de transición mesenquimal epitelial (MET, según siglas en inglés).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TERIPARATIDE

---

## Medicamentos

Teriparatide (Recombinant) Subcutaneous Solution Pen-Injector 620 MCG/2.48 ML

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura. B) Osteoporosis primaria o hipogonadal en hombres con alto riesgo de fractura para aumentar la masa ósea. C) Osteoporosis asociada a tratamiento sostenido con glucocorticoides sistémicos con alto riesgo de fractura en hombres y mujeres. 2. El paciente ha probado y fracasado dos bifosfonatos orales. 3. Puntuación T.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Endocrinólogo, Reumatólogo, Ortopeda, Ginecólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Teriparatide se aprobará para las indicaciones de osteoporosis cubiertas si el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: (a) ha probado y fallado dos bisfosfonatos orales (por ejemplo, alendronato, ibandronato), con evidencia de uso previo en reclamaciones 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 severa (por ejemplo, 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. El tratamiento con teriparatida no debe exceder los 24 meses durante la vida del paciente.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# THALOMID

---

## Medicamentos

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

## Criterios de Exclusión

Embarazo.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Mieloma múltiple (MM) recién diagnosticado en combinación con dexametasona. B) Tratamiento agudo de las manifestaciones cutáneas de eritema nudoso leproso (ENL, según siglas en inglés) de moderado a severo. C) Terapia de mantenimiento para la prevención y supresión de las manifestaciones cutáneas de la recurrencia del ENL. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo.

## Restricción de Edad

12 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Dermatólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

1) Prueba de embarazo realizada dentro de los 10 a 14 días y la segunda prueba dentro de las 24 horas previas a la prescripción de THALOMID. 2) Sólo disponible a través de un programa de distribución restringido, THALOMID REMS.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno



# TIBOSOVO

---

## **Medicamentos**

Tibsovo Oral Tab 250mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes con una mutación IDH1 susceptible detectada mediante una prueba aprobada por la FDA: A) Leucemia mieloide aguda (LMA) recién diagnosticada, en combinación con azacitidina o como monoterapia para el tratamiento de la LMA recién diagnosticada en adultos de 75 años o más., o que tienen comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva. B) LMA en recaída o refractario, para el tratamiento de pacientes adultos con LMA en recaída o refractario. C) Síndromes Mielodisplásicos (MDS, según siglas en inglés) en recaídas o refractario, para el tratamiento de pacientes adultos con síndromes mielodisplásicos en recaída o refractarios. D) Colangiocarcinoma Localmente Avanzado o Metastásico, para el tratamiento de pacientes adultos con colangiocarcinoma localmente avanzado o metastásico que hayan sido tratados previamente.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Gastroenterólogo, Hepatólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## INMUNOMODULADORES TOPICOS

---

### **Medicamentos**

Tacrolimus External Ointment 0.03 %

Tacrolimus External Ointment 0.1 %

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico.

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

Inicio: 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.

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## TESTOSTERONAS TOPICAS

---

### Medicamentos

Testosterone Transdermal Gel 12.5 MG/ACT (1%), 25 MG/2.5GM (1%), 50 MG/5GM (1%), 20.25 MG/ACT (1.62%)

### 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. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Hipogonadismo hipogonadotrópico. O B) Hipogonadismo primario. 2. Niveles bajos de testosterona han sido confirmados con pruebas de laboratorio (testosterona total o libre) de acuerdo con los valores de referencia de laboratorio masculinos estándar antes de comenzar o continuar la terapia.

### Restricción de Edad

Ninguna

### Restricción de Médico

Ninguna

### Duración de Cubierta

12 meses

### Otros Criterios

Ninguna

### Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

### Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TRETINOIN

---

## Medicamentos

Adapalene External Cream 0.1 %

Adapalene External Gel 0.3%

Tretinoin External Cream 0.025 %, 0.05%, 0.1%

Tretinoin External Gel 0.01 %, 0.025%

## 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 (por ejemplo, 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. 10. Alopecia androgénica. 11. Alopecia areata. 12. Queratosis seborreica. 13. Papilomitosis 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

Diagnóstico.

## Restricción de Edad

12 años o más.

## Restricción de Médico

Ninguna

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TRUQAP

---

## **Medicamentos**

Truqap Oral Tablet 160 Mg, 200 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, receptor hormonal (HR, según siglas en inglés) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés), negativo, con una o más alteraciones de PIK3CA/AKT1/PTEN después de la progresión en al menos un sistema endocrino. régimen en el entorno metastásico o recurrencia en o dentro de los 12 meses posteriores a completar la terapia adyuvante y se usará en combinación con fulvestrant. 2. Prueba aprobada por la FDA que confirma la presencia de una o más alteraciones genéticas PIK3CA/AKT1/PTEN.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TUKYSA

---

## Medicamentos

Tukysa Oral Tablet 50 Mg, 150 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de mama HER2 positivo no resecable o metastásico avanzado, incluidos pacientes con metástasis cerebrales: en combinación con trastuzumab y capecitabina para el tratamiento de pacientes adultos que han recibido uno o más regímenes en el entorno metastásico. B) Cáncer colorrectal: en combinación con trastuzumab para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer colorrectal irresecable o metastásico HER2 positivo de tipo salvaje RAS que ha progresado después del tratamiento con quimioterapia basada en fluoropirimidina, oxaliplatino e irinotecán.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo o Gastroenterólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TURALIO

---

## **Medicamentos**

Turalio Oral Capsule 125 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico del tumor sintomático de células gigantes tenosinoviales (TGCT, según siglas en inglés) asociado con morbilidad severa o limitaciones funcionales y no es susceptible a mejora con la cirugía. 2. Prueba de función hepática (AST, ALT, ALP y bilirrubina) y creatinina sérica.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Participación en Programa REMS.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# TYGACIL

---

## **Medicamentos**

Tigecycline Solution Reconstituted 50 MG Intravenous

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de infecciones complicadas de la piel y de la estructura de la piel, infección intraabdominal complicada o neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# TYKERB

---

## Medicamentos

Lapatinib Ditosylate Oral Tablet 250 Mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Tratamiento en combinación con 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, según siglas en inglés) y que han recibido un tratamiento previo que incluye una antraciclina, un taxano, y trastuzumab O B) 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

Hematólogo, 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.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TYMLOS

---

## Medicamentos

Tymlos Subcutaneous Solution Pen-Injector 3120 Mcg/1.56ml

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Para el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con osteoporosis con alto riesgo de fractura o pacientes que han fallado o son intolerantes a otra terapia disponible para la osteoporosis. B) Para el tratamiento para aumentar la densidad ósea en hombres con osteoporosis con alto riesgo de fractura o pacientes que han fallado o son intolerantes a otra terapia disponible para la osteoporosis. 2. El paciente probó y fracasó con dos bifosfonatos orales. 3. Puntuación T de la densidad mineral ósea (BMD, según siglas en inglés).

## 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 será 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. O Si el paciente tiene insuficiencia renal grave (ejemplo, depuración de creatinina inferior a 30 ml / min) o enfermedad renal crónica, o si el paciente tiene múltiples fracturas vertebrales con puntuación T vertebral menor a -2.5. La duración del tratamiento de las hormonas paratiroides (ejemplo, Forteo [teriparatide], Tymlos [abaloparatide]) no ha excedido un total de 24 meses durante la vida del paciente.

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# TYVASO

---

## **Medicamentos**

Tyvaso DPI Maintenance Kit Powder Inhalation 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG

Tyvaso DPI Titration Kit Powder Inhalation 16 & 32 & 48 MCG, 112 x 16MCG & 84 x 32MCG

Tyvaso DPI Maintenance Kit Powder Inhalation 112 x 32MCG & 112 x48MCG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de: A) Hipertensión arterial pulmonar (PAH, según siglas en inglés, Grupo 1 de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio O B) Hipertensión pulmonar asociada con enfermedad pulmonar intersticial (PH-ILD, según siglas en inglés, Grupo 3 de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio. 2) Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Neumólogo, Cardiólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# UBRELVY

---

## **Medicamentos**

Ubrelvy Oral Tablet 50 MG, 100 MG

## **Criterios de Exclusión**

Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP3A4.

## **Información Médica Requerida**

1. El diagnóstico de migraña aguda con o sin aura y el fármaco se utilizará para el tratamiento agudo. 2. El paciente probó y fracasó al menos con un agonista del receptor triptano 5-HT<sub>1</sub> o tiene contraindicación o incapacidad para tolerarlo.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza, Especialista en Manejo del Dolor.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# 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

## **Criterios de Exclusión**

Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP2C8.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (PAH, según siglas en inglés, Grupo I de la OMS) para retrasar la progresión de la enfermedad y reducir el riesgo de hospitalización. 2. Evidenciado mediante un cateterismo cardíaco derecho para confirmar el diagnóstico de PAH para garantizar una evaluación médica adecuada.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neumólogo, Cardiólogo.

## **Duración de Cubierta**

Inicio: 3 meses. Renovación: 12 meses.

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VALCHLOR

---

## **Medicamentos**

Valchlor External Gel 0.016 %

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico del 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**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

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

## **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 ó más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VANFLYTA

---

## **Medicamentos**

Vanflyta Oral Tablet 17.7 MG, 26.5 MG

## **Criterios de Exclusión**

Pacientes con hipopotasemia severa, hipomagnesemia severa, síndrome de QT largo, historial de arritmias ventriculares o historial de torsade de pointes.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés, recién diagnosticada) con mutación positiva para duplicación interna en rearreglo (ITD, según siglas en inglés) de FLT3 en combinación con inducción estándar de citarabina y antraciclina y consolidación con citarabina, y como monoterapia de mantenimiento después de la quimioterapia de consolidación. 2. Mutación positiva para duplicación interna en rearreglo (ITD, según siglas en inglés) de FLT3 confirmada mediante una prueba aprobada por la FDA.

## **Restricción de Edad**

18 años ó mayor.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# VEMLIDY

---

## **Medicamentos**

Vemlidy Oral Tablet 25 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de la infección crónica por el virus de la hepatitis B con enfermedad hepática compensada. 2. Prueba de VIH.

## **Restricción de Edad**

6 años ó más.

## **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para pacientes VIH positivos, el medicamento no debe usarse como monoterapia.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VENCLEXTA

---

## **Medicamentos**

Venclexta Starting Pack Oral Tablet 10 & 50 & 100 MG

Venclexta Oral Tablet 10 MG, 50 MG, 100 MG

## **Criterios de Exclusión**

Uso concomitante de inhibidores fuertes de CYP3A en el inicio y durante la fase de aceleración en CLL o SLL está contraindicado.

## **Información Médica Requerida**

1. Indicaciones de cualquiera de los siguientes: A) Leucemia linfocítica crónica (CLL, según siglas en inglés) o linfoma linfocítico pequeño (SLL, según siglas en inglés), O B) En combinación con azacitidina o decitabina o citarabina en dosis bajas para el tratamiento de leucemia mieloide aguda recién diagnosticada (AML, según siglas en inglés) 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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VENTAVIS

---

## **Medicamentos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar grupo I OMS con “New York Heart Association” (NYHA, según siglas en inglés) clase funcional III o IV confirmada por cateterismo cardiaco derecho.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Cardiólogo o Neumólogo.

## **Duración de Cubierta**

Inicial: 6 meses. Renovación:12 meses.

## **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VERQUVO

---

## Medicamentos

Verquvo Oral Tablet 2.5 mg, 5 mg, 10 mg

## Criterios de Exclusión

1. Uso concomitante de otro estimulador de guanilato ciclasa.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de fallo cardíaco (HF, según siglas en inglés) NYHA Clase II-IV y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (LVEF, según siglas en inglés) inferior al 45 % y: A) experimentó un episodio de empeoramiento, como hospitalización por insuficiencia cardíaca en los últimos 6 meses, o B) uso de diuréticos intravenosos (IV) para pacientes ambulatorios para la insuficiencia cardíaca. 2. El tratamiento se utilizará para reducir el riesgo de muerte cardiovascular e insuficiencia cardíaca. 3. Se proporcionaron valores de LVEF inferiores al 45%. 4. Evidencia de respuesta inadecuada al uso previo de una terapia médica dirigida por pautas que incluye betabloqueantes (por ejemplo, bisoprolol, carvedilol, succinato de metoprolol) y antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (por ejemplo, espironolactona, eplerenona) o Entresto.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Cardiólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# VERZENIO

---

## Medicamentos

Verzenio Oral Tablet 50 MG, 100 MG, 150 MG, 200 MG

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) En combinación con terapia endocrina (tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasas) para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con receptor hormonal (HR, según siglas en inglés)-positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2, según siglas en inglés)-negativo, nódulo-positivo, cáncer de mama temprano con alto riesgo de recurrencia. B) En combinación con un inhibidor de la aromatasas como terapia endocrina inicial para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama avanzado o metastásico receptor hormonal (HR, según siglas en inglés)-positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés)-negativo. C) En combinación con fulvestrant para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor hormonal (HR, según siglas en inglés)-positivo y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés)-negativo con progresión de la enfermedad después de la terapia endocrina. D) Como monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama avanzado o metastásico HR positivo, HER2 negativo con progresión de la enfermedad después de la terapia endocrina y quimioterapia previa en el entorno metastásico.

## Restricción de Edad

18 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Ninguno

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# VIJOICE

---

## **Medicamentos**

Vijoje Oral Tablet Therapy Pack 125 MG, 50 MG

Vijoje Oral Tablet Therapy Pack 200 & 50 MG

Vijoje Oral Packet 50 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de manifestaciones severas del espectro de sobrecrecimiento relacionado (PROS, según siglas en inglés) con PIK3CA que requiera terapia sistémica. 2. El paciente tiene una mutación PIK3CA confirmada por pruebas genéticas.

## **Restricción de Edad**

2 años o más.

## **Restricción de Médico**

Prescrito por o en consulta con un médico que se especializa en el tratamiento de trastornos genéticos.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VITRAKVI

---

## **Medicamentos**

Vittrakvi Oral Solution 20 MG/ML

Vittrakvi Oral Capsule 25 MG, 100 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de tumor solido Y tiene fusión del gen neurotrópico de quinasa de tirosina (NTRK, según siglas en inglés) sin una mutación conocida adquirida de resistencia, Y el tumor son metastásico o donde la resección quirúrgica es probable que resulte en morbilidad severa, 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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VIZIMPRO

---

## **Medicamentos**

Vizimpro Oral Tablet 15 MG, 30 MG, 45 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de pulmón metastásico de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) con crecimiento epidérmico del receptor del factor (EGFR, según siglas en inglés) 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 más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# VONJO

---

## **Medicamentos**

Vonjo Oral Capsule 100 MG

## **Criterios de Exclusión**

Uso concomitante de inhibidores o inductores potentes de CYP3A4.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de mielofibrosis primaria o secundaria (pos-policitemia vera o pos-trombocitemia esencial) de riesgo intermedio o alto con un recuento de plaquetas inferior a  $50 \times 10^9/L$ . 2. Conteo de plaquetas.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VORICONAZOLE

---

## **Medicamentos**

Voriconazole Solution Reconstituted 200 MG Intravenous

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico. 2. La vía de administración es intravenosa.

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

6 meses

## **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs. D.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VOSEVI

---

## **Medicamentos**

Vosevi Oral Tablet 400-100-100 MG

## **Criterios de Exclusión**

Coadministración con rifampicina.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: infección crónica por HCV. 2. Estado de tratamiento del paciente (sin tratamiento previo o con tratamiento previo). Si el paciente tiene experiencia en tratamientos, documente los medicamentos utilizados anteriormente. 3. Estado de cirrosis.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

12 semanas

## **Otros Criterios**

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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VOTRIENT

---

## **Medicamentos**

Pazopanib Hcl Oral Tablet 200 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Carcinoma de células renales avanzado. B) Sarcoma de tejido blando (STS, según siglas en inglés) avanzado que haya 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# VUMERITY

---

## **Medicamentos**

Vumerity Oral Capsule Delayed Release 231 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Administración concomitante con dimetilfumarato. Hipersensibilidad al fumarato de diroximel o fumarato de dimetilo.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de formas relapsantes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), incluido el síndrome clínicamente aislado, la enfermedad relapsante-remitente y la enfermedad progresiva secundaria activa. 2. Contaje completo de células en sangre. 3. Prueba de función hepática (ALT, AST, ALP y bilirrubina total).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo o Especialista en MS.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## WELIREG

---

### Medicamentos

Welireg Oral Tablet 40 Mg

### Criterios de Exclusión

Ninguno

### Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL, según siglas en inglés) y el paciente requiere tratamiento para el carcinoma de células renales (RCC, según siglas en inglés) asociado, hemangioblastomas del sistema nervioso central (CNS, según siglas en inglés) o tumores neuroendocrinos pancreáticos (pNET, según siglas en inglés), que no requieren cirugía inmediata. O 2. Carcinoma de células renales avanzado (RCC, según siglas en inglés), después de un inhibidor del receptor de muerte programada- 1 (PD-1, según siglas en inglés) o inhibidor del ligando de muerte programada 1 (PD-L1, según siglas en inglés) y un inhibidor de la tirosina quinasa del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF-TKI, según siglas en inglés).

### Restricción de Edad

18 años o más.

### Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Geneticista.

### Duración de Cubierta

12 meses

### Otros Criterios

Ninguno

### Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

### Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

### Prerrequisito Parte B

Ninguno

# XALKORI

---

## **Medicamentos**

Xalkori Oral Capsule 200 mg, 250 mg

Xalkori Oral Pellet 20 mg, 50 mg, 150 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA: A) Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC, según siglas en inglés) cuyos tumores son quinasa de linfoma anaplásico (ALK, según siglas en inglés) o ROS1-positivo, B) Linfoma de células grandes anaplásico sistémico en recaída o refractario (ALCL, según siglas en inglés) que es ALK-positivo, O C) Tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT, según siglas en inglés) irresecable, recurrente o refractario que es ALK-positivo.

## **Restricción de Edad**

Ninguno

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## XATMEP

---

### **Medicamentos**

Xatmep Oral Solution 2.5 MG/ML

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Para tratamiento de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (ALL, según siglas en inglés) como componente de un régimen de mantenimiento combinado de quimioterapia. B) Manejo de pacientes pediátricos con artritis idiopática juvenil poliarticular activa (pJIA, según siglas en inglés) 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.

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# **XCOPRI**

---

## **Medicamentos**

Xcopri (250 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 100 & 150 MG Oral

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

Xcopri Oral Tablet 25 mg, 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200mg

Xcopri Tablet Therapy Pack 14 x 12.5 MG & 14 x 25 MG Oral

Xcopri Tablet Therapy Pack 14 x 150 MG & 14 x 200 MG Oral

Xcopri Tablet Therapy Pack 14 x 50 MG & 14 x 100 MG Oral

## **Criterios de Exclusión**

Síndrome familiar de QT corto.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **XELJANZ**

---

## **Medicamentos**

Xeljanz Oral Tablet 5 MG, 10 MG

Xeljanz XR Oral Tablet 24 Hour 11 MG, 22 MG

Xeljanz Solution 1 MG/ML Oral

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Artritis reumatoide activa de moderada a severa en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. B) Artritis psoriásica en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. C) Espondilitis anquilosante en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. d) Colitis ulcerosa (UC, según siglas en inglés) activa de moderada a severa en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. e) Artritis idiopática juvenil de curso poliarticular activo (pcJIA, según siglas en inglés) en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. 2. Al paciente se le ha realizado una prueba de infección de tuberculosis (TB) en el último año y se ha descartado la TB latente o está siendo tratado según las pautas. 3. Evaluación de linfopenia: recuento absoluto de neutrófilos, recuento absoluto de linfocitos, hemoglobina.

## **Restricción de Edad**

2 años o más.

## **Restricción de Médico**

Reumatólogo, Gastroenterólogo, Dermatólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# XENAZINE

---

## **Medicamentos**

Tetrabenazine Oral Tablet 12.5 MG, 25 MG

## **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 (MAOI, según siglas en inglés) 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 más.

## **Restricción de Médico**

Para el tratamiento de corea asociada con la enfermedad de Huntington, síndrome de Tourette o trastornos relacionados con tics, distonía hiperkinética primaria o hemibalismo, la Xenazine (tetrabenazina) debe ser recetada por o después de consultar con un neurólogo. Para la TD, la Xenazine (tetrabenazina) debe ser recetada por o después de consultar con un neurólogo o psiquiatra.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno.

## **Indicaciones**

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

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

Discinesia tardía, síndrome de Tourette.

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# XERMELO

---

## **Medicamentos**

Xermelo Oral Tablet 250 MG

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de diarrea por síndrome carcinoide en combinación con terapia con análogos de la somatostatina (SSA, según siglas en inglés), inadecuadamente controlada por la terapia SSA.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Oncólogo o Endocrinólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# XGEVA

---

## **Medicamentos**

Xgeva Subcutaneous Solution 120 MG/1.7ML

## **Criterios de Exclusión**

Hipocalcemia (calcio menor de 8.0 mg/dL).

## **Información Médica Requerida**

Para el tratamiento de cualquiera 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 que 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 B vs. D.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## XIFAXAN

---

### **Medicamentos**

Xifaxan Oral Tablet 200 MG, 550 MG

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

Diarrea del viajero, 12 años o más. Para el resto de las indicaciones, 18 años o 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 encefalopatía hepática, prueba previa de lactulosa. Historial previo de la medicación en las reclamaciones, el Medico deberá proporcionar documentación del registro médico o procesamiento de reclamos de farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización anterior.

### **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

### **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# XOLAIR

---

## Medicamentos

Xolair Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML, 300MG/2ML

Xolair Solution Reconstituted 150 MG Subcutaneous

Xolair Subcutaneous Solution Auto-Injector 75MG/0.5ML, 150MG/ML, 300MG/2ML

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Asma persistente de moderada a severa en pacientes con prueba cutánea positiva o reactividad *in vitro* a un aeroalérgeno perenne y síntomas que no se controlan adecuadamente con corticosteroides inhalados. B) Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP, según siglas en inglés) en pacientes con respuesta inadecuada a los corticoides nasales, como tratamiento complementario de mantenimiento. C) Urticaria crónica espontánea (CSU, según siglas en inglés) en pacientes que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento con antihistamínico H1. D) Alergia alimentaria mediada por IgE para la reducción de reacciones alérgicas (Tipo I), incluida la anafilaxia.

## Restricción de Edad

Para asma persistente de moderada a severa: 6 años o más. Para CRSwNP: 18 años o más. Para CSU: 12 años o más. Para alergia alimentaria: 1 año o más.

## Restricción de Médico

Alergista, Inmunólogo, Neumólogo, Dermatólogo, Otorrinolaringólogo (especialista ENT, según sus siglas en inglés).

## Duración de Cubierta

Inicial: 6 meses. Renovación: 12 meses.

## Otros Criterios

1. Antes de comenzar la auto inyección con la jeringa precargada de Xolair, el paciente no debe tener antecedentes de anafilaxia y ser observado de cerca por un proveedor de atención médica durante al menos tres inyecciones sin hipersensibilidad (reacciones alérgicas). Una vez que se haya iniciado la terapia con Xolair y establecido de forma segura en un entorno de atención médica, un proveedor de atención médica puede determinar si es apropiada la autoinyección con la jeringa precargada de Xolair por parte del paciente o de un cuidador. El proveedor de atención médica debe capacitar al paciente o al cuidador sobre la técnica correcta de inyección subcutánea, cómo reconocer los signos y síntomas de la anafilaxia y cómo tratar la anafilaxia de manera adecuada, antes de la primera autoinyección fuera de un entorno de atención médica. 2. Para el asma persistente de moderada a severa deben cumplir todos los criterios, los pacientes con síntomas de asma no han sido controlados adecuadamente mediante el uso concomitante de al menos 3 meses de corticosteroide inhalado y un betaagonista de acción prolongada (LABA) o una alternativa a LABA, si LABA está contraindicado o si el paciente tiene intolerancia, las alternativas incluyen teofilina de liberación sostenida o un modificador de leucotrienos (por ejemplo, montelukast) Y control inadecuado demostrado por hospitalización por asma, necesidad de corticosteroides sistémicos para controlar las exacerbaciones del asma o necesidad creciente (p. 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). 3. Para renovación en pacientes con asma: el paciente tuvo una respuesta clínica positiva o estabilización como lo demuestra uno de los siguientes: a) aumento del FEV1, b) disminución de la necesidad de corticosteroides sistémicos, c) disminución del número de hospitalizaciones relacionadas con el asma, d) reducción de los síntomas relacionados con el asma

informados. Para la renovación en pacientes con CRSwNP y CSU, el médico deberá proporcionar una certificación de que el paciente tolera y responde (por ejemplo, mejora documentada de su condición) a Xolair.

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# XOLREMDI

---

## Medicamentos

Xolremdi Oral Capsule 100 mg

## Criterios de Exclusión

Uso con fármacos que dependen en gran medida del CYP2D6 para su eliminación.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico del síndrome WHIM (verrugas, hipogammaglobulinemia, infecciones y mielocatexis) para aumentar el número de neutrófilos y linfocitos maduros circulantes. 2. Las pruebas genéticas confirman variantes patógenas o probablemente patógenas en el gen CXCR4. 3. El paciente cumple UNO de los siguientes (a o b): a) Al inicio, el paciente tenía un recuento absoluto de neutrófilos menor o igual a 400 células/microlitro. O b) Al inicio, el paciente tenía un recuento de glóbulos blancos menor o igual a 400 células/microlitro.

## Restricción de Edad

12 años o más.

## Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Dermatólogo o Inmunólogo.

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

Para continuación: 1. El paciente responde positivamente a la terapia. Algunos ejemplos de mediciones objetivas de una respuesta a Xolremdi son una menor frecuencia, duración o gravedad de las infecciones, un tratamiento menos frecuente con antibióticos, menos verrugas o signos/síntomas clínicos mejorados o estabilizados del síndrome WHIM (p. ej., recuento absoluto de neutrófilos, recuento de glóbulos blancos y recuento absoluto de linfocitos).

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# XOSPATA

---

**Medicamentos**

Xospata Oral Tablet 40 MG

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés), de relapso o 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.

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# XPOVIO

---

## Medicamentos

Xpovio (100 mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 50 mg  
Xpovio (40 mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 40 mg  
Xpovio (40 mg Twice Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 40 mg  
Xpovio (60 mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 60 mg  
Xpovio (60 mg Twice Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 mg  
Xpovio (80 mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 40 mg  
Xpovio (80 mg Twice Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 20 mg

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1) Mieloma múltiple, para usar en combinación con bortezomib y dexametasona en adultos que han recibido al menos una terapia previa, O 2) Mieloma múltiple en recaída o refractario, para usarse en combinación con dexametasona en adultos que hayan recibido al menos cuatro terapias previas y cuya enfermedad sea 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 (DLBCL, según siglas en inglés ) relapsante o refractario, no especificado de otra manera, incluido el DLBCL derivado de 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

## Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

## Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

## Prerrequisito Parte B

Ninguno

# XTANDI

---

## **Medicamentos**

Xtandi Oral Capsule 40 Mg

Xtandi Oral Tablet 40 Mg, 80 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes cánceres de próstata: A) Resistente a la castración. B) Metastásico sensitivo a la castración o C) No metastásico sensitivo a la castración con recurrencia bioquímica con alto riesgo de metástasis.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Oncólogo o Hematólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# XURIDEN

---

**Medicamentos**

Xuriden Oral Packet 2 GM

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de aciduria orótica hereditaria.

**Restricción de Edad**

2 meses o más.

**Restricción de Médico**

Ninguno

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **XYREM**

---

## **Medicamentos**

Sodium Oxybate Oral Solution 500 mg/ml

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

El diagnóstico de una de las siguientes: A) 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, armodafinil, 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**

Inicio: 6 meses. Renovación: 12 meses.

## **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 programa de REMS.

## **Indicaciones**

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

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

Fibromialgia

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ZAVESCA

---

## **Medicamentos**

Miglustat Oral Capsule 100 MG

## **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 se utilizará como monoterapia en pacientes para quienes la terapia de reemplazo enzimático (por ejemplo, cerezyme) no es una opción terapéutica.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# **ZEJULA**

---

## **Medicamentos**

Zejula Oral Capsule. 100 mg

Zejula Oral Tablet 100 mg, 200mg, 300mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Para el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con cáncer epitelial avanzado de ovario, trompa de Falopio o peritoneal primario que están en una respuesta completa o parcial a la quimioterapia de primera línea basada en platino. O B) Para el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con cáncer de ovario epitelial recurrente, de trompas de Falopio o peritoneal primario con mutación germinal nociva o presuntamente nociva que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino.

## **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.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno



# ZELBORAF

---

## **Medicamentos**

Zelboraf Oral Tablet 240 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida** 1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Melanoma irresecable o metastásico con mutación BRAF V600E. B) Enfermedad de Erdheim-Chester con mutación BRAF V600. 2. Valor inicial: electrocardiograma, electrolitos, enzimas hepáticas y bilirrubina. 3. Mutación detectada mediante una prueba aprobada por la FDA.

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Dermatólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ZOLINZA

---

## **Medicamentos**

Zolinza Oral Cap 100 mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de Linfoma cutáneo de células T (CTCL, según siglas en inglés) 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ZTALMY

---

**Medicamentos**

Ztalmy Oral Suspension 50 Mg/Ml

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de convulsiones asociadas con el desorden por deficiencia de ciclina (CDD, según siglas en inglés) dependiente de quinasa similar a 5 (CDKL5, según siglas en inglés).

**Restricción de Edad**

2 años o más.

**Restricción de Médico**

Neurólogo, Genetista.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ZURZUVAE

---

**Medicamentos**

Zurzuvae Oral Capsule 20 Mg, 25 Mg, 30Mg

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de depresión posparto.

**Restricción de Edad**

18 años o más.

**Restricción de Médico**

Ninguno

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

**Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA**

Ninguno

**Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ZYDELIG

---

## **Medicamentos**

Zydelig Oral Tab 100 mg, 150 mg

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de leucemia linfocítica crónica (CLL, según siglas en inglés) relapsante, en combinación con rituximab, en pacientes para los que rituximab solo, se considerará un tratamiento adecuado debido a otras comorbilidades. El paciente debe tener una autorización previa vigente para Rituxan (rituximab).

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Participación en Programa REMS.

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ZYKADIA

---

## **Medicamentos**

Zykadia Oral Tablet 150 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico cuyos tumores son linfoma quinasa anaplásico (ALK, según siglas en inglés) 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

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

# ZYTIGA

---

## **Medicamentos**

Abiraterone Acetate Oral Tablet 250 Mg, 500 Mg

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (CRPC, según siglas en inglés). B) Cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (CSPC, según siglas en inglés) de alto riesgo.

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Urólogo.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Indicaciones**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

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

Ninguno

## **Prerrequisito Parte B**

Ninguno

## Índice

Abelcet Suspension.....	36	APTIOM ORAL TABLET	18	Cefoxitin Sodium.....	36
Abilify.....	102	.....	18	Cefuroxime Sodium	
Acetylcysteine Solution	36	ARCALYST.....	19	Solution.....	36
Acitretin Oral Cap.....	2	Aristada.....	102	CHOLBAM.....	45
Acthar Gel.....	3	armodafinil oral.....	149	Clinimix/Dextrose.....	36
Actimmune Solution.....	4	atovaquone oral.....	135	Colistimethate Sodium	
Acyclovir Sodium Solution		Augtyro.....	21	(Cba).....	36
.....	36	AUSTEDO ORAL		COMETRIQ.....	16
Adalimumab-Adbm		TABLET.....	22	COPIKTRA.....	46
Prefilled Syringe.....	54	Austedo Xr Patient		Cortrophin.....	48
Adapalene external.....	220	Titration.....	22	COTELLIC.....	49
adapalene external gel.	220	Avonex.....	23	Cromolyn Sodium.....	36
adefovir dipivoxil.....	91	Ayvakit Oral Tablet.....	24	Cyclophosphamide Oral	36
ADEMPAS.....	6	Azathioprine Oral Tablet		Cyclosporine Modified .	36
Aimovig Subcutaneous		.....	36	Cyclosporine Modified	
Solution.....	9	BAFIERTAM.....	25	Oral Solution.....	36
Akeega.....	10	BALVERSA.....	26	Cyclosporine Oral.....	36
Albuterol Sulfate		Baraclude Oral Solution	28	Dalfampridine ER.....	15
Nebulization.....	36	BENLYSTA.....	30	DAURISMO.....	50
ALECENSA.....	11	BESREMI.....	31	Daybue.....	51
alose tron hcl.....	126	BETASERON.....	105	Deferiprone Oral Tablet	71
Alunbrig Oral Tablet.....	12	bexarotene.....	208	Dextroamphetamine	
Alunbrig Oral Tablet		Bivigam Solution Oral ..	36	Sulfate.....	7
Therapy Pack.....	12	Bosulif.....	16	Diacomit.....	52
Alyq Oral Tablet.....	5	BOSULIF.....	16	Diclofenac Epolamine	
ambrisentan.....	121	Braftovi Oral Cap.....	134	External Patch.....	53
Amjevita Subcutaneous		BRIVIACT ORAL		Dimethyl Fumarate.....	213
Solution.....	13	SOLUTION.....	32	Diphtheria-Tetanus	
Amphetamine-		BRIVIACT ORAL		Toxoids Dt Suspension	
Dextroamphetamine		TABLET.....	32	.....	36
Oral Cap.....	7	BRONCHITOL.....	33	Drizalma Sprinkle.....	56
Amphetamine-		Brukinsa.....	34	Dronabinol Oral.....	36
Dextroamphetamine		Budesonide Suspension	36	Droxidopa.....	143
Oral Tab.....	7	BYDUREON BCISE....	85	Dupixent.....	57
Amphotericin B Liposome		Byetta.....	85	Eligard.....	122
Suspension		CABOMETYX.....	40	Emend Oral Suspension	37
Reconstituted.....	36	Calquence.....	41	ENBREL.....	58
Amphotericin B Solution		CAMZYOS.....	42	Engerix-B Suspension...	37
Reconstituted.....	36	Caplyta Oral Capsule....	17	Entecavir Oral Tablet....	28
Ampicillin Sodium		CARBAGLU.....	43	Entyvio.....	60
Solution Reconstituted		Caspofungin Acetate		EPCLUSA.....	61
.....	36	Solution Reconstituted		EPIDIOLEX.....	62
Aprepitant Oral.....	36	.....	36	EPRONTIA.....	63
		CAYSTON.....	44	ERIVEDGE.....	16



ERLEADA .....	64	Hadlima Subcutaneous		KISQALI ORAL	
Erlotinib Oral Tab .....	207	Solution Prefilled		TABLET THERAPY	
Erythrocine Lactobionate		Syringe .....	88	PACK .....	115
Solution Reconstituted		HARVONI .....	90	Koselugo Oral Capsule	118
.....	37	Humira Pediatric .....	54	Krazati .....	16
Everolimus Oral Tablet..	8,	Humira Pen .....	54	Lapatinib Ditosylate Oral	
37		Humira Prefilled Syringe		Tablet .....	225
Everolimus Oral Tablet		.....	54	Lenvima .....	120
0.25 Mg 0.5 Mg 0.75		Hyftor .....	93	Leuprolide Acetate .....	122
Mg .....	37	Ibrance Oral Capsule .....	94	Levalbuterol Hcl	
Everolimus Oral Tablet		Ibrance Oral Tablet .....	94	Nebulization .....	37
Soluble .....	8	Icatibant Acetate		L-Glutamine .....	59
Evrydsi .....	67	Subcutaneous .....	75	Libervant .....	123
EXKIVITY .....	69	ICLUSIG .....	95	linezolid intravenous	
Fanapt .....	17	IDHIFA .....	96	solution .....	124
Fentanyl Citrate Buccal.	70	imatinib mesylate .....	97	linezolid oral .....	124
Fentanyl Citrate Lozenge		IMBRUVICA .....	98	Lorbrena Oral Tab .....	125
On A Handle .....	70	Imipenem-Cilastatin		LUMAKRAS .....	127
FERRIPROX .....	71	Solution .....	37	LUMRYZ .....	128
FILSPARI .....	73	Inbrija .....	99	Lupron Depot .....	122
Fingolimod .....	82	INCRELEX .....	100	LYNPARZA .....	129
Fintepla Oral Solution .....	74	INGREZZA .....	101	LYTGOBI .....	130
Firmagon .....	76	INLYTA .....	16	MATULANE .....	131
Fluconazole In Sodium		Inqovi Oral Tablet .....	103	Mavyret Oral Tab .....	132
Chloride Solution .....	37	INREBIC .....	104	MAYZENT .....	133
FOTIVDA .....	77	Intralipid Emulsion .....	37	Megestrol Acetate Oral	
Fruzaqla .....	78	Invega .....	102	Suspension .....	29
FYCOMPA .....	79	Ipratropium Bromide		Megestrol Acetate Oral	
Gammagard S/D Less Iga		Solution .....	37	Tablet .....	29
.....	37	Ipratropium-Albuterol		MEKINIST .....	16
Gammagard Solution ....	37	Solution .....	37	Mektovi Oral Tab .....	134
Gammaplex Solution ....	37	Ivabradine .....	47	Methotrexate Sodium .....	37
Gamunex-C Solution ....	37	Iwilfin .....	107	Methotrexate Sodium (Pf)	
GATTEX .....	80	JAKAFI .....	108	Solution .....	37
Gavreto .....	81	JAYPIRCA .....	109	Methotrexate Sodium	
Gefitinib .....	106	JUXTAPID .....	110	Solution .....	37
Gengraf Oral Capsule ...	37	JYLAMVO .....	111	Mifepristone .....	117
GILENYA .....	82	KALYDECO ORAL		miglustat .....	263
GILOTRIF .....	16	PACKET .....	112	modafinil .....	137
glatiramer acetate .....	83	KALYDECO ORAL		Mycophenolate Mofetil	
GLATOPA .....	83	TABLET .....	112	Oral Capsule .....	37
Granisetron Hcl Oral .....	37	KERENDIA .....	113	Mycophenolate Mofetil	
Hadlima .....	88	Kesimpta .....	114	Oral Suspension	
Hadlima Pushtouch .....	88	KISQALI FEMARA		Reconstituted .....	37
		Therapy Pack .....	116		

Mycophenolate Sodium	PEGASYS.....	163	REXULTI .....	180
Oral Tablet Delayed	Pemazyre Oral Tablet .	164	REZLIDHIA .....	181
Release .....	Pentamidine Isethionate		REZUROCK.....	182
.....	Inhalation Solution		Riluzole Oral Tab.....	183
Nafcillin Sodium Solution	Reconstituted.....	38	Rinvoq Oral.....	184
Reconstituted.....	Pentamidine Isethionate		Rozlytrek.....	185
.....	Injection Solution		Rozlytrek.....	185
NAYZILAM .....	Reconstituted.....	38	RUBRACA .....	186
Neoral Oral Capsule.....	Perforomist Nebulization		Rufinamide.....	27
Neoral Oral Solution.....	Solution.....	38	Rybelsus.....	85
NERLYNX .....	Perseris.....	102	Rydapt Oral Cap .....	187
Neupogen .....	Pheburane Oral Pellet .	165	Sajazir Subcutaneous	
NINLARO.....	Piqray .....	167	Solution.....	75
Nitisinone.....	Pirfenidone.....	66	Sandimmune Solution...	38
Nityr .....	Polymyxin B Sulfate		Saphris.....	17
Nivestym.....	Solution Reconstituted		sapropterin.....	119
NORDITROPIN	.....	38	SAVELLA .....	189
FLEXPRO.....	POMALYST.....	16	SAVELLA TITRATION	
Nubeqa .....	PreHevbrio Suspension.	38	PACK.....	189
NUCALA .....	Premasol Solution		SCSEMBLIX .....	190
NUDEXTA.....	Intravenous.....	38	Secuado .....	17
NUPLAZID.....	Pretomanid.....	168	SIGNIFOR .....	191
NURTEC.....	PREVYMIS ORAL ....	169	Sildenafil Citrate Oral	
Nutrilipid Emulsion .....	Privigen Solution .....	38	Suspension .....	166
Octreotide Acetate	Prograf Oral Packet.....	38	Sildenafil Citrate Oral	
Solution.....	PROLASTIN-C.....	160	Tablet .....	166
ODOMZO .....	PROLIA .....	170	Simlandi .....	54
Ofev oral .....	PROMACTA ORAL		Sirolimus Oral Solution	38
OGSIVEO.....	PACKET.....	171	Sirolimus Oral Tablet....	38
Ojemda Oral Suspension	PROMACTA ORAL		Sirturo Oral Tab .....	192
.....	TABLET .....	171	SIVEXTRO.....	193
Ojemda Oral Tablet....	Prosol Solution.....	38	SKYCLARYS.....	194
OJJAARA .....	Pulmozyme Solution.....	38	Skyrizi.....	195
Ondansetron Hcl Oral ...	Pyrukynd oral tablet....	172	Sodium Oxybate.....	262
Ondansetron Oral Tablet	Pyrukynd Taper Pack..	172	sodium phenylbutyrate oral	
Dispersible .....	Qinlock Oral.....	173	powder.....	35
ONUREG.....	RADICAVA .....	174	sodium phenylbutyrate oral	
OPSUMIT .....	RAVICTI .....	175	tablet.....	35
Orfadin Oral Suspension	Recombivax Hb		SOLTAMOX .....	16
.....	Suspension .....	38	SOMAVERT.....	196
ORGOVYX.....	Recorlev .....	176	Sorafenib Tosylate .....	140
ORKAMBI.....	REGRANEX.....	177	SPRYCEL.....	197
ORLADEYO - .....	<b>RELISTOR</b> .....	136	Stelara .....	198
ORSERDU.....	RETACRIT .....	65	STIVARGA .....	16
OTEZLA .....	Retevmo Oral .....	178	Sunitinib Malate Oral	
Ozempic .....	Revlimid.....	179	Capsule.....	199
Panretin .....				
Pazopanib .....				

Symlin Pen .....	200	Tibsovo Oral Tab .....	217	VIZIMPRO .....	240
SYNAREL .....	201	tigecycline .....	224	Vonjo.....	241
SYNRIBO .....	16	Tobramycin Nebulization		Voriconazole Intravenous	
Tabrecta Oral .....	202	Solution.....	38	.....	242
Tacrolimus External		Tobramycin Sulfate		VOSEVI.....	243
Ointment .....	218	Solution.....	38	Vraylar .....	17
Tacrolimus Oral Capsule		Tpn Electrolytes Solution		VUMERITY .....	245
.....	38	Intravenous.....	38	Welireg.....	246
Tadalafil (PAH) Oral		Travasol Solution.....	38	XALKORI.....	247
Tablet .....	5	Trelstar Mixject.....	122	XATMEP .....	248
TAFINLAR.....	16	tretinoin external cream		XCOPRI.....	249
Tagrisso Oral Tab .....	203	.....	220	XELJANZ.....	250
TAKHZYRO.....	204	tretinoin external gel ...	220	XERMELO .....	252
TALTZ.....	205	Trophamine Solution ....	38	XGEVA.....	253
Talzenna Oral Cap .....	206	Trulicity.....	85	XIFAXAN.....	254
TASIGNA .....	209	Truqap .....	221	Xolair .....	255
tasimelteon .....	92	Tukysa Oral.....	222	Xolair Subcutaneous	
Tavneos .....	210	Turalio.....	223	Solution Auto-Injector	
tazarotene external .....	211	Tymlos .....	226	.....	255
tazarotene external cream		TYVASO .....	227	Xolair Subcutaneous	
.....	211	Ubrelvy .....	228	Solution Prefilled	
TAZORAC EXTERNAL		Uptravi .....	229	Syringe .....	255
.....	211	VALCHLOR.....	230	Xolair Subcutaneous	
TAZORAC EXTERNAL		Valtoco Dose Nasal Liquid		Solution Reconstituted	
CREAM .....	211	.....	231	.....	255
Tazverik Oral Tablet...	212	VANFLYTA .....	232	XOLREMDI .....	257
Tdvax Suspension .....	38	VEMLIDY .....	233	XOSPATA .....	258
Teflaro Solution		VENCLEXTA.....	234	XPOVIO .....	259
Reconstituted.....	38	VENCLEXTA		XTANDI .....	260
Tenivac Injectable .....	38	STARTING PACK .	234	XURIDEN.....	261
TEPMETKO .....	214	VENTAVIS.....	235	Zejula Oral Cap.....	264
Teriflunomide Oral Tablet		VERQUVO .....	236	ZEJULA Oral Tablet...	264
.....	20	Versacloz.....	17	Zelboraf Oral Tablet ...	265
teriparatide (recombinant)		VERZENIO.....	237	Zolinza Oral Cap.....	266
.....	215	Victoza .....	85	ZTALMY .....	267
testosterone transdermal		Vigabatrin .....	188	Zurzuvae .....	268
gel.....	219	VIJOICE .....	238	Zydelig Oral Tab.....	269
tetrabenazine .....	251	VIJOICE Oral Packet..	238	Zykadia Oral .....	270
THALOMID .....	216	VITRAKVI .....	238, 239		