







































































































































































































































































## MEDICAMENTOS B VS D

---

### Medicamentos

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





















































































































## **SIGNIFOR LAR**

---

### **Medicamentos**

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

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años de edad

### **Restricción de Médico**

Endocrinólogo

### **Duración de Cubierta**

3 meses inicial.12 meses renovación

### **Otros Criterios**

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





































































## **VEMLIDY**

---

### **Medicamentos**

Vemlidy Oral Tab 25 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

Iniciación de la terapia:

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# VENCLEXTA

---

## **Medicamentos**

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

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

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

## **VENTAVIS**

---

### **Medicamentos**

Ventavis Inhalant Sol. 0.01 mg/ml

Ventavis Inhalant Sol. 0.02 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Cardiólogo o neumólogo

### **Duración de Cubierta**

Inicial – 6 meses

Renovación – 12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D

# VERZENIO

---

## **Medicamentos**

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

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

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

## **Restricción de Edad**

18 años o mayor

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# VOSEVI

---

**Medicamentos**

Vosevi Oral Tab 400mg/100mg/100mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

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

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Gastroenterolog, Hepatologo, Especialista de enfermedades infecciosas

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

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

## VOTRIENT

---

### **Medicamentos**

Votrient Oral Tab 200 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Vpriv Inj. Sol 100 units/ml

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

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

**Restricción de Edad**

4 años de edad o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo o especialista en el tratamiento de trastornos metabólicos hereditarios.

**Duración de Cubierta**

Iniciación 3 meses, 6 meses de renovación

**Otros Criterios**

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

# **XALKORI**

---

## **Medicamentos**

Xalkori Oral Cap 200 mg, 250 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Resultado positivo de prueba ALK o ROS-1 NSCL metastasico

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno



## **XATMEP**

---

### **Medicamentos**

Xatmep Oral Sol. 25 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes:

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

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo, reumatólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

**Medicamentos**

Xeljanz Oral Tab 5mg

Xeljanz Oral Tab ER 11 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

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

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de:

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

**Restricción de Edad**

18 años o mayor

**Restricción de Médico**

Reumatólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

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

## **XENAZINE**

---

### **Medicamentos**

Tetrabenazine Oral Tab 12.5 mg, 25 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

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

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno.

## **XGEVA**

---

### **Medicamentos**

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

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Hipocalcemia (calcio menor de 8.0 mg/dL).

### **Información Médica Requerida**

Para el tratamiento de uno de los siguientes:

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

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

## **XIFAXAN**

---

### **Medicamentos**

Xifaxan Oral Tab 200 mg, 550 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

Diarrea del viajero, de 12 años de edad o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas.

### **Duración de Cubierta**

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

### **Otros Criterios**

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

**Medicamentos**

Xolair Inj. 150 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

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

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Alergista, inmunólogo, neumólogo o dermatólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

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

## **XTANDI**

---

### **Medicamentos**

Xtandi Oral Cap 40 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

El Diagnóstico de cáncer de próstata metastásico resistente a la castración y paciente ha recibido terapia previa de quimioterapia que incluía docetaxel Y el paciente ha intentado y tenido una respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia a Zytiga.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **XURIDEN**

---

### **Medicamentos**

Xuriden Oral Granules 2000mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnostico de aciduria orotica hereditaria

### **Restricción de Edad**

2 meses o más

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Xyrem Oral Sol 500 mg/ml

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones medicamente aceptadas no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

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

**Información Médica Requerida**

El diagnóstico de una de las siguientes:

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

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta**

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

**Otros Criterios**

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

# YERVOY

---

**Medicamentos**

Yervoy Inj Sol 5 mg/ml

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

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

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

**Duración de Cubierta**

16 semanas

**Otros Criterios**

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

## ZAVESCA

---

### **Medicamentos**

Zavesca Oral Cap 100 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ZEJULA**

---

### **Medicamentos**

Zejula Oral Cap. 100 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico:

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

1. Hematólogo
2. Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D.

## ZELBORAF

---

### **Medicamentos**

Zelboraf Oral Tablet 240 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# ZINBRYTA

---

## **Medicamentos**

Zinbryta Prefilled Syringe 150 mg/ml

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

17 años o más

## **Restricción de Médico**

Neurólogo o especialista en esclerosis múltiple.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

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

# ZOLINZA

---

**Medicamentos**

Zolinza Oral Cap 100 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Ninguna

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno



# ZYDELIG

---

## **Medicamentos**

Zydelig Oral Tab 100 mg, 150 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Se requiere participación en Programa REMS

## ZYKADIA

---

### **Medicamentos**

Zykadia Oral Cap 150 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Oncólogo, hematólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# ZYTIGA

---

## **Medicamentos**

Zytiga Oral Tab 250 mg

Zytiga Oral Tab 500 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Mujeres que están o pueden quedar embarazadas

## **Información Médica Requerida**

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

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

## **Restricción de Edad**

18 años o mayor

## **Restricción de Médico**

Urólogo, Hematólogo, Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## Índice de Medicamentos

ABELCET.....	118	Amphetamine-	BICNU .....	118
Abilify IM Inj.....	17	Dextroamphetamine Oral	BIVIGAM .....	118
Abilify Maintena Inj.....	17	Tab .....	bleomycin sulfate .....	118
acetylcysteine .....	118	6	Bortezomib IV Sol .....	200
Acitretin Oral Cap.....	2	amphotericin b .....	Bosulif oral Tab .....	16
<b>Actemra SOLUTION 200</b>		118	Botox Inj. ....	32
<b>MG/10ML</b>		ampicillin sodium .....	Brilinta Oral Tab.....	33
<b>INTRAVENOUS*</b> ...	30	ampicillin-sulbactam sodium	Briviact Inj .....	34
Actimmune Inj .....	3	.....	Briviact Oral Solution ...	34
acyclovir sodium .....	118	118	Briviact Oral Tab .....	34
ADAGEN.....	118	Ampyra Oral Tab. 10 mg	budesonide .....	118
Adapalene Topical Cream	193	12	Buphenyl Oral Tab.....	35
Adapalene Topical Gel	193	Androderm Transdermal Patch	Buprenorphine Sublingual Tab	
Adcirca Oral Tab.....	4	.....	.....	36
Adefovir dipivoxil Oral Tab	10	Anoro Ellipta .....	Buprenorphine/Naloxone	36
mg.....	79	13	busulfan.....	118
Adempas 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg,		aprepitant .....	Cabometyx Oral Tab.....	37
2 mg, 2.5 mg Oral Tab	5	118	calcitriol .....	118
Advair Diskus .....	7	Aptiom 200 mg Oral Tab	Calquence Oral Cap .....	38
Advair HFA.....	7	18	CANCIDAS .....	118
Afinitor Disperz Soluble Tab	8	Aptiom 400 mg Oral Tab	Carbaglu Oral Susp .....	39
Afinitor Oral Tab .....	8	18	carboplatin.....	118
Afinitor TABLET 7.5 MG		Aptiom 600 mg Oral Tab	caspofungin acetate .....	118
ORAL.....	8	18	Cayston Inhalant Sol. ....	40
albuterol sulfate.....	118	Aptiom 800 mg Oral Tab	cefoxitin sodium.....	118
ALDURAZYME.....	118	18	ceftriaxone sodium.....	118
Alecensa .....	9	Arcalyst SOLUTION	cefuroxime sodium.....	118
Alimta SOLUTION		RECONSTITUTED 220	Celecoxib Oral Cap.....	47
RECONSTITUTED 500		MG SUBCUTANEOUS*	<b>Cerezyme IV 200 mg vial</b>	41
MG INTRAVENOUS*10		.....	Chantix Continuing Month	
ALIQOPA .....	118	19	Pack 1 mg.....	42
Alosetron Oral Tab.....	112	Aripiprazole Oral Tab... 17	Chantix Oral Tab 0.5 mg	42
Alunbrig Oral Tab.....	11	Aristada Prefield Syringe	Chantix Starting Month 0.5 mg	
AMBISOME .....	118	17	& 1 mg .....	42
AMINOSYN II .....	118	Aristada Prefield Syringe	Chantix TABLET 1 MG	
AMINOSYN		17	ORAL.....	42
II/ELECTROLYTES	118	Aristada Prefield Syringe	Cholban .....	43
AMINOSYN/ELECTROLYTE		17	Cinryze Iny. 500 unidades/vial	
S .....	118	Aristada Prefield Syringe	.....	44
AMINOSYN-HBC.....	118	Aristada Prefield Syringe	cisplatin .....	118
AMINOSYN-PF .....	118	17	cladribine.....	118
AMINOSYN-RF.....	118	Armodafinil Oral Tab.. 136	CLINIMIX/DEXTROSE	
Amitriptyline Hydrochloride		20	(2.75/5).....	118
Oral Tab .....	26	Arnuity Ellipta Inhaler... 20	CLINIMIX/DEXTROSE	
Amitriptyline Hydrochloride/		20	(4.25/10).....	118
Perphenazine Oral Tab	26	Atovaquone Oral Susp. 123		
		Aubagio .....		
		21		
		Avastin IV Soln .....		
		22		
		Avita Topical Cream ... 193		
		193		
		Avita Topical Gel .....		
		193		
		azacitidine.....		
		118		
		azathioprine .....		
		118		
		azathioprine sodium.....		
		118		
		Banzel SUSPENSION 40		
		MG/ML ORAL.....		
		23		
		Banzel TABLET 200 MG		
		ORAL .....		
		23		
		Baraclude Oral Solution 24		
		Bavencio Inj. IV .....		
		25		
		Beleodaq Inj. Solution ... 30		
		30		
		Benlysta IV Soln.....		
		31		
		Benzotropine Mesylate Oral Tab		
		.....		
		26		
		Betaseron SOLUTION		
		RECONSTITUTED 0.3 MG		
		SUBCUTANEOUS* .93		
		Bexarotene Oral Cap ... 185		

CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20).....	118	Doxepin Hydrochloride Oral Sol.....	26	Firazyr SOLUTION 30 MG/3ML SUBCUTANEOUS* .	70
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25).....	118	doxorubicin hcl.....	119	fluconazole in sodium chloride .....	119
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	118	doxorubicin hcl liposomal	119	fludarabine phosphate .	119
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) .....	118	dronabinol.....	119	fluorouracil.....	119
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) .....	119	duramorph.....	119	Fondaparinux Sodium SubQ .....	113
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) .....	119	Effient Oral Tab.....	55	FREAMINE HBC.....	119
clofarabine.....	119	ELITEK.....	119	Fyavolv Oral Tab.....	27
Clomipramine Hydrochloride Oral Cap.....	26	EMEND.....	119	Fycompa Oral Tab 2 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg ..	72
Clorazepate Dipotassium Oral Tab.....	26	Empliciti Inj.....	56	GAMASTAN S/D.....	119
colistimethate sodium .	119	Empliciti Inj.....	56	GAMMAGARD.....	119
Cometriq.....	16	ENGERIX-B.....	119	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	119
Cotellic 20 mg.....	46	Entecavir Oral Tab.....	24	GAMMAPLEX.....	119
cromolyn sodium.....	119	Entresto Oral Tab.....	57	GAMUNEX-C.....	119
Cyclobenzaprine Hydrochloride Oral Tab.....	26	Epclusa Oral Tab.....	58	ganciclovir sodium.....	119
Cyclobenzaprine Oral Tab48		epirubicin hcl.....	119	Gattex Inj Solution.....	73
cyclophosphamide.....	119	Erivedge CAPSULE 150 MG ORAL.....	16	gemcitabine hcl.....	119
cyclosporine.....	119	Erleada Oral Tab.....	59	GENGRAF.....	119
cyclosporine modified.	119	ERYTHROCIN LACTOBIONATE ..	119	Geodon Inj. ....	17
Cyramza Inj.....	49, 50	Esbriet Oral Cap.....	62	Gilenya CAPSULE 0.5 MG ORAL.....	74
cytarabine.....	119	Estradiol Oral Tab.....	27	Gilotrif Oral Tab.....	16
dacarbazine.....	119	Estradiol Transdermal System .....	26	granisetron hcl.....	119, 120
dactinomycin.....	119	Estropipate Oral Tab.....	27	Guanfacine ER Oral Tab27	
daptomycin.....	119	etoposide.....	119	Halaven SOLUTION 1 MG/2ML INTRAVENOUS* .....	78
Darzalex Inj.....	51	Exjade TABLET SOLUBLE 125 MG ORAL.....	64	heparin (porcine) in d5w	120
daunorubicin hcl.....	119	Exjade TABLET SOLUBLE 250 MG ORAL.....	64	heparin sod (porcine) in d5w .....	120
DEPO-PROVERA.....	119	Exjade TABLET SOLUBLE 500 MG ORAL.....	64	heparin sodium (porcine)	120
desmopressin acetate...	119	Fabrazyme SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG INTRAVENOUS*.....	65	HEPATAMINE.....	120
dexrazoxane.....	119	Fanapt Oral Tab.....	17	HERCEPTIN.....	120
Dextroamphetamine Sulfate Oral Tab.....	6	Fanapt Titration Pack ...	17	Hetlioz.....	80
Diazepam Oral Sol.....	26	Farydak Oral Cap.....	66	Hexalen CAPSULE 50 MG ORAL.....	81
Diazepam Oral Tab.....	26	FASLODEX.....	119	Humira Kit.....	53
Digox Oral Tab.....	26	Fentanyl Oral Lozenge ..	67	Humira Pen-Crohns Starter Kit .....	53
Digoxin Oral Sol.....	26	FentaNYL PATCH 72 HR 75 MCG/HR TRANSDERMAL .....	67	Humulin R Pen Injector	83
diphtheria-tetanus toxoids dt .....	119	Fentora Buccal Tablet....	67	Hunira Prefilled Syringe.	53
docetaxel.....	119	Ferriprox Oral Tab.....	68	hydromorphone hcl pf.	120
Doxepin Hydrochloride Oral Cap.....	26			Hydroxyzine Hydrochloride Inj. ....	27
Doxepin Hydrochloride Oral Cap.....	26			Ibrance Oral Cap.....	84

Iclusig Oral Tab .....	85	Leuprolide Acetate Kit	108	mycophenolate mofetil hcl	120
idarubicin hcl.....	120	levabuterol hcl .....	120	mycophenolate sodium	120
Idhifa Oral Tab.....	86	levocarnitine .....	120	MYLOTARG.....	120
ifosfamide.....	120	Lidocaine External Patch	109	nafacillin sodium .....	120
Ilaris Inj. Solution .....	87	lidocaine hcl.....	120	NAGLAZYME .....	120
Imatinib .....	90	lidocaine hcl (pf).....	120	Natpara Cartridge Inj ..	127
Imbruvica Oral Cap 140 mg		Lidocaine HCl Topical Gel	190	NEBUPENT.....	121
.....	89	Lidocaine HCl Topical Sol	190	NEORAL .....	121
Imbruvica Oral Tab.....	89	Lidocaine Topical Cream	190	NEPHRAMINE .....	121
Imfinzi IV. Sol. ....	88	Lidocaine Topical Ointment		Nerlynx Oral Tab .....	128
imipenem-cilastatin.....	120	.....	190	Neupogen Syringe.....	69
Imipramine Hydrochloride Oral		Linezolid Inj .....	110	NexAVAR TABLET 200 MG	
Tab .....	27	Linezolid Oral Susp.....	110	ORAL.....	129
Imipramine Pamoate Oral Cap		Linezolid Oral Tab .....	110	Ninlaro Oral Cap.....	130
.....	27	Linzezz Oral Cap .....	111	NIPENT .....	121
Incrise Ellipta Inhaler....	92	LUMIZYME.....	120	Nitrofurantoin, Macrocrystals	
Inlyta TABLET 1 MG ORAL		Lupaneta Pack .....	114	Oral Cap.....	27
.....	16	Lupron Depot Ped.....	108	Norditropin FlexPro .....	76
Inlyta TABLET 5 MG ORAL		Lupron Prefilled Syringe	108	Northera Oral Cap.....	131
.....	16	Lynparza Oral Cap .....	115	Nucala .....	132
INTRALIPID .....	120	Lynparza Oral Tab.....	115	Nulojix Iny. ....	134
Intron-A.....	94	Matulane Oral Cap .....	116	Nuplazid Oral Tab.....	135
INVANZ .....	120	Mavyret Oral Tab .....	117	nutrilipid.....	121
Invega Sustenna .....	17	Megestrol Acetate Oral Susp		octreotide acetate.....	121
Invega Trinza .....	17	.....	27	Odomzo 200 mg.....	137
ipratropium bromide ...	120	Megestrol Acetate Oral Tab		ondansetron .....	121
ipratropium-albuterol ..	120	.....	27	ondansetron hcl .....	121
Iressa Oral Tab .....	95	Mekinist TABLET 0.5 MG		OPDIVO .....	121
irinotecan hcl.....	120	ORAL .....	16	Opsumit 10 mg Oral Tab	139
ISTODAX (OVERFILL)	120	Mekinist TABLET 2 MG		Orfadin .....	140
Jakafi Oral Tab.....	96	ORAL .....	16	Orkambi 125 mg/ 200 mg	142
Juxtapid Oral Cap.....	97	melphalan hcl.....	120	Orkambi Oral Tab .....	141
Kadcyla Inj Solution .....	16	Menest Oral Tab .....	27	oxaliplatin .....	121
Kalydeco Oral Granules	98	Meperidine Inj .....	52	paclitaxel .....	121
Kalydeco Oral Tab .....	98	meropenem .....	120	pamidronate disodium.	121
Kanuma Inj.....	99	mesna.....	120	Panretin Externo.....	145
Keytruda Inj. Solution.	100	methotrexate .....	120	paricalcitol.....	121
Kisqali / Femara Therapy Pack		methotrexate sodium ...	120	Paroxetine Hydrochloride Oral	
.....	102	methotrexate sodium (pf)	120	Tab .....	27
Kisqali Dose Pack .....	101	Methoxsalen Oral Cap.	124	Pegasys Inj.Sol. ....	146
Korlym Oral Tab.....	103	mitomycin.....	120	Pegasys Prefilled Syringe	146
Kuvan Oral Solution ...	104	mitoxantrone hcl.....	120	PENTAM.....	121
Kuvan Oral Tab.....	104	Modafinil Oral Tab.....	125	PERFOROMIST .....	121
Kynamro Prefilled Syringe	105	Moderiba Oral Tab .....	162	Phenadoz Hydrochloride	
KYPROLIS .....	120	morphine sulfate .....	120	Rectal Supp. ....	28
LARTRUVO.....	120	morphine sulfate (pf) ...	120	Phenobarbital Oral Tab .	28
Latuda Oral Tab .....	17	Mozobil Inj .....	126	Pomalyst CAPSULE 1 MG	
Lenvima Pack.....	106	MUSTARGEN .....	120	ORAL.....	16
Letairis Oral Tab .....	107	MYCAMINE.....	120	Pomalyst CAPSULE 4 MG	
leucovorin calcium.....	120	mycophenolate mofetil	120	ORAL.....	16

Pradaxa Oral Cap .....	148	Rivastigmine Transdermal Patch .....	63	Tafinlar CAPSULE 75 MG ORAL.....	16
Premarin Oral Tab.....	27	Rubraca Oral Tab .....	164	Tagrisso Oral Tab .....	183
Premarin Pack .....	27	Rydapt Oral Cap .....	165	Tarceva Oral Tab .....	184
PREMASOL .....	121	Sabril Oral Sol .....	166	Targretin Topical Gel..	185
Prevymis Inj. Vial .....	149	Sabril Oral Tab .....	166	Tasigna Oral Cap .....	186
Prevymis Oral Tab .....	149	SANDIMMUNE.....	121	Tazarotene External ....	187
PRIVIGEN .....	121	SANDOSTATIN LAR DEPOT .....	121	Tazorac External .....	187
PROCALAMINE.....	121	Saphris Sublingual Tab..	17	Tecentriq Inj. ....	188
Procrit SOLUTION 2000 UNIT/ML INJECTION60		Savella 4 Week Titration Pack .....	167	TEFLARO.....	121
Procrit SOLUTION 20000 UNIT/ML INJECTION60		Savella Oral Tab .....	167	Temazepam Oral Cap....	28
Procrit SOLUTION 3000 UNIT/ML INJECTION60		Scopolamine Patch .....	28	TENIVAC .....	121
Procrit SOLUTION 4000 UNIT/ML INJECTION60		SENSIPAR .....	121	Testosterone Topical Gel191	
Procrit SOLUTION 40000 UNIT/ML INJECTION60		Serevent Diskus Aerosol Powder .....	168	tetanus-diphtheria toxoids td .....	121
PROGRAF .....	121	Signifor Inj. Sol. ....	169	Tetrabenazine Oral Tab211	
Prolastin Inj Sol.....	143	Signifor Lar Inj. Susp ..	170	Thalomid Oral Cap .....	189
PROLEUKIN .....	121	Sildenafil Oral Tab .....	147	Thioridazine Oral Tab 1	28
Prolia Inj.....	150	sirolimus .....	121	Thiothixene Oral Cap....	28
Promacta Oral Tab .....	151	Sirturo Oral Tab.....	171	Tigecycline Inj. Soln ...	195
Promethazine Hydrochloride Oral Tab .....	28	Sivextro Inj Sol.....	172	tobramycin .....	121
PROSOL .....	121	Sivextro Oral Tab .....	172	tobramycin sulfate.....	121
PULMOZYME .....	121	Sodium Phenylbutyate Oral Tab .....	35	TOPOSAR .....	121
Quetiapine Fumarate Oral Tab .....	152	Sodium Phenylbutyrate POWDER ORAL .....	35	topotecan hcl .....	121
Quetiapine XR.....	152	Soltamox SOLUTION 10 MG/5ML ORAL.....	16	TPN ELECTROLYTES121	
Radicava Inj. ....	153	SOMATULINE DEPOT121		Transderm Scop Transdermal System.....	28
Ranexa Oral Tab .....	154	Somavert SubQ Sol .....	173	TRAVASOL .....	121
RAPAMUNE .....	121	Sovaldi Oral Tab.....	174	TREANDA .....	121
Ravicti Oral Sol.....	155	Sprycel Oral Tab.....	175	Trelegy Ellipta Inh. ....	192
Rebetol Oral Solution..	162	Stiolto Metered Dose Inh176		Trelstar Inj.....	108
RECOMBIVAX HB ...	121	Stivarga TABLET 40 MG ORAL .....	16	Tretinoin Topical Cream193	
Regranex 0.01 % .....	156	Suboxone Oral Strip .....	36	Tretinoin Topical Gel..	193
Remodulin Inj Soln .....	158	Sutent Oral Cap .....	177	Trihexyphenidyl Hydrochloride Oral Sol .....	28
Restasis Ophthalmic Emulsion .....	160	Sylatron SubQ .....	178	Trihexyphenidyl Hydrochloride Oral Tab .....	28
Revatio Oral Suspension147		Synagis IM Sol .....	180	TRISENOX .....	121
Revlimid Oral Cap .....	161	Synarel Nasal Sol .....	181	TROPHAMINE .....	121
Rexulti Oral Tab.....	17	Synercid Iny.....	182	Tykerb Oral Tab.....	196
Ribasphere Oral Cap...	162	Synribo SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG SUBCUTANEOUS* .	16	Tysabri Iny. Sol.....	197
Ribasphere Oral Tab ...	162	tacrolimus .....	121	Uptravi Oral Tab .....	198
Ribavirin Oral Cap.....	162	Tacrolimus Ointment...	190	Uptravi Titration Pack.	198
Ribavirin Oral Tab .....	162	Tafinlar CAPSULE 50 MG ORAL .....	16	Valchlor Topical Gel...	199
Riluzole Oral Tab.....	163			vancomycin hcl .....	121
RITUXAN.....	121			Velcade IV Sol.....	200

Verzenio Oral Tab.....	204	Xatmep Oral Sol .....	209	Zejula Oral Cap.....	221
Vigabatrin Oral Sol.Pack166		Xatmep Oral Sol. ....	209	Zelboraf Oral Tablet....	222
vinblastine sulfate .....	122	Xeljanz Oral Tab .....	210	Zemaira Inj. Sol. ....	143
VINCASAR PFS.....	122	Xgeva SC Inj .....	212	Zinbryta Prefilled Syringe	223
vincristine sulfate .....	122	Xifaxan Oral Tab.....	213	zoledronic acid .....	122
vinorelbine tartrate .....	122	Xolair Inj. ....	214	Zolinza Oral Cap.....	224
Vosevi Oral Tab .....	205	Xtandi Oral Cap.....	216	Zolpidem Tartrate Oral Tab.	
Votrient Oral Tab .....	206	Xuriden Oral Granules	217	.....	82
Vpriv Inj. Sol.....	207	Xyrem Oral Sol.....	218	Zydelig Oral Tab.....	225
Vraylar .....	17	Yervoy Inj Sol .....	219	Zykadia Oral Cap.....	226
VYXEOS .....	122	YONDELIS .....	122	Zytiga Oral Tab.....	227
Xalkori Oral Cap.....	208	Zavesca Oral Cap .....	220		