

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

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.

VELCADE

Medicamentos

Velcade IV Sol 3.5 mg
Bortezomib IV Sol 3.5 mg

Usos Cubiertos

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

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

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 postmenopáusicas con receptores de hormonas (HR) – positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)- negativo avanzado. O
2. Cáncer de mama avanzado o metastásico, en combinación con 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

VIPRIV

Medicamentos

Vpriv Inj. Sol 100 units/ml

Usos Cubiertos

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

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

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

Restricción de Edad

4 años de edad o más

Restricción de Médico

Hematólogo o especialista en el tratamiento de trastornos metabólicos hereditarios.

Duración de Cubierta

Iniciación 3 meses, 6 meses de renovación

Otros Criterios

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

XALKORI

Medicamentos

Xalkori Oral Cap 200 mg, 250 mg

Usos Cubiertos

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

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Resultado positivo de prueba ALK o ROS-1 NSCL metastasico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

XATMEP

Medicamentos

Xatmep Oral Sol. 25 mg/ml

Usos Cubiertos

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

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

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

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo, reumatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

XELJANZ

Medicamentos

Xeljanz Oral Tab 5mg

Xeljanz Oral Tab 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. Distonia 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, distonia 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, médico 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.

XOLAIR

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

XYREM

Medicamentos

Xyrem Oral Sol 500 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones medicamento 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	AMINOSYN/ELECTROL YTES.....	118	Atovaquone Oral Susp	123
Abilify IM Inj.....	17	AMINOSYN-HBC	118	Aubagio.....	21
Abilify Maintena Inj	17	AMINOSYN-PF	118	Avastin IV Soln.....	22
acetylcysteine	118	AMINOSYN-RF.....	118	Avita Topical Cream...	193
Acitretin Oral Cap.....	2	Amitriptyline		Avita Topical Gel.....	193
Actemra SOLUTION		Hydrochloride Oral Tab		azacitidine	118
200 MG/10ML		.....	26	azathioprine.....	118
INTRAVENOUS* ...	30	Amitriptyline		azathioprine sodium	118
Actimmune Inj	3	Hydrochloride/		Banzel SUSPENSION	40
acyclovir sodium.....	118	Perphenazine Oral Tab		MG/ML ORAL	23
ADAGEN.....	118	.....	26	Banzel TABLET 200 MG	
Adapalene Topical Cream		Amphetamine-		ORAL.....	23
.....	193	Dextroamphetamine		Baraclude Oral Solution	24
Adapalene Topical Gel	193	Oral Tab	6	Bavencio Inj. IV	25
Adcirca Oral Tab.....	4	amphotericin b	118	Beleodaq Inj. Solution ..	30
Adefovir dipivoxil Oral		ampicillin sodium.....	118	Benlysta IV Soln	31
Tab 10 mg	79	ampicillin-sulbactam		Benzotropine Mesylate Oral	
Adempas 0.5 mg, 1 mg,		sodium.....	118	Tab	26
1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg		Ampyra Oral Tab. 10 mg		Betaseron SOLUTION	
Oral Tab	5	.....	12	RECONSTITUTED 0.3	
Advair Diskus	7	Androderm Transdermal		MG	
Advair HFA	7	Patch.....	15	SUBCUTANEOUS*. 93	
Afinitor Disperz Soluble		Anoro Ellipta.....	13	Bexarotene Oral Cap... 185	
Tab	8	aprepitant.....	118	BICNU	118
Afinitor Oral Tab	8	Aptiom 200 mg Oral Tab		BIVIGAM.....	118
Afinitor TABLET 7.5 MG		.....	18	bleomycin sulfate	118
ORAL.....	8	Aptiom 400 mg Oral Tab		Bortezomib IV Sol	200
albuterol sulfate.....	118	.....	18	Bosulif oral Tab	16
ALDURAZYME.....	118	Aptiom 600 mg Oral Tab		Botox Inj.	32
Alecensa.....	9	.....	18	Brilinta Oral Tab.	33
Alimta SOLUTION		Aptiom 800 mg Oral Tab		Briviact Inj	34
RECONSTITUTED		.....	18	Briviact Oral Solution... 34	
500 MG		Arcalyst SOLUTION		Briviact Oral Tab	34
INTRAVENOUS*	10	RECONSTITUTED		budesonide	118
ALIQOPA	118	220 MG		Buphenyl Oral Tab.....	35
Alosetron Oral Tab	112	SUBCUTANEOUS*. 19		Buprenorphine Sublingual	
Alunbrig Oral Tab.....	11	Aripiprazole Oral Tab... 17		Tab	36
AMBISOME	118	Aristada Prefield Syringe		Buprenorphine/Naloxone	
AMINOSYN II	118	.....	17	.....	36
AMINOSYN		Armodafinil Oral Tab . 136		busulfan.....	118
II/ELECTROLYTES		Arnuity Ellipta Inhaler .. 20		Cabometyx Oral Tab.....	37
.....	118			calcitriol	118

Calquence Oral Cap	38	colistimethate sodium .	119	Empliciti Inj	55
Carbaglu Oral Susp	39	Cometriq	16	Empliciti Inj.	55
carboplatin.....	118	Copaxone Prefilled		ENGERIX-B	119
casprofungin acetate.....	118	Syringe	74	Entecavir Oral Tab.....	24
Cayston Inhalant Sol.	40	Cotellic 20 mg.....	46	Entresto Oral Tab.....	56
cefoxitin sodium.....	118	cromolyn sodium	119	Epclusa Oral Tab.....	57
ceftriaxone sodium.....	118	Cyclobenzaprine		epirubicin hcl	119
cefuroxime sodium.....	118	Hydrochloride Oral Tab		Erivedge CAPSULE	150
Celecoxib Oral Cap.....	47	.....	26	MG ORAL	16
Cerezyme IV 200 mg vial		Cyclobenzaprine Oral Tab		Erleada Oral Tab	58
.....	41	.....	48	ERYTHROCIN	
Chantix Continuing Month		cyclophosphamide.....	119	LACTOBIONATE..	119
Pack 1 mg.....	42	cyclosporine	119	Esbriet Oral Cap.....	61
Chantix Oral Tab 0.5 mg		cyclosporine modified.	119	Estradiol Oral Tab.....	27
.....	42	Cyranza Inj.....	49, 50	Estradiol Transdermal	
Chantix Starting Month 0.5		cytarabine	119	System.....	26
mg & 1 mg	42	dacarbazine	119	Estropipate Oral Tab	27
Chantix TABLET 1 MG		dactinomycin.....	119	etoposide	119
ORAL.....	42	daptomycin.....	119	Exjade TABLET	
Cholban	43	Darzalex Inj.....	51	SOLUBLE 125 MG	
Cinryze Iny. 500		daunorubicin hcl.....	119	ORAL.....	63
unidades/vial	44	DEPO-PROVERA	119	Exjade TABLET	
cisplatin	118	desmopressin acetate...	119	SOLUBLE 250 MG	
cladribine.....	118	dexrazoxane	119	ORAL.....	63
CLINIMIX/DEXTROSE		Dextroamphetamine		Exjade TABLET	
(2.75/5).....	118	Sulfate Oral Tab	6	SOLUBLE 500 MG	
CLINIMIX/DEXTROSE		Diazepam Oral Sol.....	26	ORAL.....	63
(4.25/10).....	118	Diazepam Oral Tab	26	Fabrazyme SOLUTION	
CLINIMIX/DEXTROSE		Digox Oral Tab	26	RECONSTITUTED 35	
(4.25/20).....	118	Digoxin Oral Sol	26	MG INTRAVENOUS*	
CLINIMIX/DEXTROSE		diphtheria-tetanus toxoids		.....	64
(4.25/25).....	118	dt	119	Fanapt Oral Tab	17
CLINIMIX/DEXTROSE		docetaxel	119	Fanapt Titration Pack....	17
(4.25/5).....	118	Doxepin Hydrochloride		Farydak Oral Cap.....	65
CLINIMIX/DEXTROSE		Oral Cap	26	FASLODEX.....	119
(5/15).....	118	Doxepin Hydrochloride		Fentanyl Oral Lozenge..	66
CLINIMIX/DEXTROSE		Oral Cap	26	FentaNYL PATCH 72 HR	
(5/20).....	118	Doxepin Hydrochloride		75 MCG/HR	
CLINIMIX/DEXTROSE		Oral Sol	26	TRANSDERMAL.....	66
(5/25).....	119	doxorubicin hcl	119	Fentanyl Transdermal	
clofarabine.....	119	doxorubicin hcl liposomal		Patch.....	66
Clomipramine		.....	119	Fentora Buccal Tablet...	66
Hydrochloride Oral Cap		dronabinol	119	Ferriprox Oral Tab	67
.....	26	duramorph.....	119	Firazyr SOLUTION	30
Clorazepate Dipotassium		ELITEK.....	119	MG/3ML	
Oral Tab	26	EMEND	119	SUBCUTANEOUS*. 69	

fluconazole in sodium chloride	119	Hexalen CAPSULE 50 MG ORAL	81	Jakafi Oral Tab.....	96
fludarabine phosphate .	119	Humira Kit	53	Juxtapid Oral Cap	97
fluorouracil.....	119	Humira Pediatric Crohns Start Prefilled Syringe	53	Kadcyla Inj Solution	16
Fondaparinux Sodium SubQ	113	Humira Pen-Crohns Starter Kit	53	Kalydeco Oral Granules	98
FREAMINE HBC.....	119	Humira Psoriasis Start Pen Injector	53	Kalydeco Oral Tab.....	98
Fyavolv Oral Tab	27	Humulin R Pen Injector	83	Kanuma Inj.....	99
Fycompa Oral Tab 2 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg	71	Hunira Prefilled Syinge.	53	Keytruda Inj. Solution.	100
GAMASTAN S/D.....	119	hydromorphone hcl pf.	120	Kisqali / Femara Therapy Pack.....	102
GAMMAGARD	119	Hydroxyzine Hydrochloride Inj.....	27	Kisqali Dose Pack.....	101
GAMMAGARD S/D LESS IGA	119	Ibrance Oral Cap.....	84	Korlym Oral Tab.....	103
GAMMAPLEX.....	119	Iclusig Oral Tab	85	Kuvan Oral Solution ...	104
GAMUNEX-C	119	idarubicin hcl	120	Kuvan Oral Tab.....	104
ganciclovir sodium.....	119	Idhifa Oral Tab.....	86	Kynamro Prefilled Syringe	105
Gattex Inj Solution.....	72	ifosfamide	120	KYPROLIS	120
gemcitabine hcl	119	Ilaris Inj. Solution	87	LARTRUVO.....	120
GENGRAF.....	119	Imatinib	90	Latuda Oral Tab	17
Geodon Inj.	17	Imbruvica Oral Cap 140 mg	89	Lenvima Pack.....	106
Gilenya CAPSULE 0.5 MG ORAL	73	Imbruvica Oral Tab.....	89	Letairis Oral Tab	107
Gilotrif Oral Tab	16	Imfinzi IV. Sol.	88	leucovorin calcium.....	120
Glatiramer Prefilled Syringe	74	imipenem-cilastatin.....	120	Leuprolide Acetate Kit	108
Glatopa Prefilled Syringe	74	Imipramine Hydrochloride Oral Tab	27	levalbuterol hcl.....	120
granisetron hcl.....	119	Imipramine Pamoate Oral Cap	27	levocarnitine.....	120
Guanfacine ER Oral Tab	27	Incrise Ellipta Inhaler... ..	92	Lidocaine External Patch	109
Halaven SOLUTION 1 MG/2ML INTRAVENOUS* ...	77, 78	Inlyta TABLET 1 MG ORAL.....	16	lidocaine hcl	120
Harvoni Oral Cap.....	77	Inlyta TABLET 5 MG ORAL.....	16	lidocaine hcl (pf).....	120
heparin (porcine) in d5w	120	INTRALIPID	120	Lidocaine HCl Topical Gel	190
heparin sod (porcine) in d5w.....	120	Intron-A.....	94	Lidocaine HCl Topical Sol	190
heparin sodium (porcine)	120	INVANZ	120	Lidocaine Topical Cream	190
HEPATAMINE.....	120	Invega Sustenna	17	Lidocaine Topical Ointment	190
HERCEPTIN.....	120	Invega Trinza	17	Linezolid Inj.....	110
Hetlioz.....	80	ipratropium bromide ...	120	Linezolid Oral Susp	110
		ipratropium-albuterol ..	120	Linezolid Oral Tab.....	110
		Iressa Oral Tab	95	Linzess Oral Cap.....	111
		irinotecan hcl.....	120	LUMIZYME	120
		ISTODAX (OVERFILL)	120	Lupaneta Pack.....	114
				Lupron Depot Ped.....	108
				Lupron Prefilled Syringe	108
				Lynparza Oral Cap	115

Lynparza Oral Tab	115	NIPENT	121	PRIVIGEN	121
Matulane Oral Cap	116	Nitrofurantoin,		PROCALAMINE.....	121
Mavyret Oral Tab.....	117	Macrocrystals Oral Cap		Procrit SOLUTION 2000	
Megestrol Acetate Oral		.....	27	UNIT/ML INJECTION	
Susp.....	27	Norditropin FlexPro	75	.....	59
Megestrol Acetate Oral		Northera Oral Cap.....	131	Procrit SOLUTION 20000	
Tab	27	Nucala	132	UNIT/ML INJECTION	
Mekinist TABLET 0.5		Nulojix Iny.....	134	.....	59
MG ORAL	16	Nuplazid Oral Tab.....	135	Procrit SOLUTION 3000	
Mekinist TABLET 2 MG		nutrilipid.....	121	UNIT/ML INJECTION	
ORAL.....	16	octreotide acetate	121	.....	59
melphalan hcl.....	120	Odomzo 200 mg.....	137	Procrit SOLUTION 4000	
Menest Oral Tab	27	ondansetron	121	UNIT/ML INJECTION	
Meperidine Inj.....	52	ondansetron hcl	121	.....	59
meropenem.....	120	OPDIVO	121	Procrit SOLUTION 40000	
mesna	120	Opsumit 10 mg Oral Tab		UNIT/ML INJECTION	
methotrexate.....	120	.....	139	.....	59
methotrexate sodium... 120		Orfadin	140	PROGRAF	121
methotrexate sodium (pf)		Orkambi 125 mg/ 200 mg		Prolastin Inj Sol.....	143
.....	120	.....	142	PROLEUKIN	121
Methoxsalen Oral Cap	124	Orkambi Oral Tab	141	Prolia Inj.....	150
mitomycin	120	oxaliplatin	121	Promacta Oral Tab	151
mitoxantrone hcl	120	paclitaxel	121	Promethazine	
Modafinil Oral Tab	125	pamidronate disodium. 121		Hydrochloride Oral Tab	
Moderiba Oral Tab.....	162	Panretin Externo.....	145	.....	28
morphine sulfate.....	120	paricalcitol.....	121	PROSOL	121
morphine sulfate (pf)... 120		Paroxetine Hydrochloride		PULMOZYME	121
Mozobil Inj.....	126	Oral Tab	27	Quetiapine Fumarate Oral	
MUSTARGEN.....	120	Pegasys Inj.Sol.....	146	Tab	152
MYCAMINE	120	Pegasys Prefilled Syringe		Quetiapine XR	152
mycophenolate mofetil 120		.....	146	Radicava Inj.	153
mycophenolate mofetil hcl		PENTAM	121	Ranexa Oral Tab	154
.....	120	PERFOROMIST	121	RAPAMUNE	121
mycophenolate sodium 120		Phenadoz Hydrochloride		Ravicti Oral Sol.....	155
MYLOTARG.....	120	Rectal Supp.	28	Rebetol Oral Solution . 162	
nafcillin sodium	120	Phenobarbital Oral Tab. 28		RECOMBIVAX HB ... 121	
NAGLAZYME	120	Pomalyst CAPSULE 1		Regranex 0.01 %	156
Natpara Cartridge Inj .. 127		MG ORAL	16	Remodulin Inj Soln	158
NEBUPENT.....	120	Pomalyst CAPSULE 4		Restasis Ophthalmic	
NEORAL	121	MG ORAL	16	Emulsion	160
NEPHRAMINE	121	Pradaxa Oral Cap	148	Revatio Oral Suspension	
Nerlynx Oral Tab	128	Premarin Oral Tab.....	27	.....	147
Neupogen Syringe.....	68	Premarin Pack	27	Revlimid Oral Cap	161
NexAVAR TABLET 200		PREMASOL	121	Rexulti Oral Tab	17
MG ORAL	129	Prevymis Inj. Vial	149	Ribasphere Oral Cap... 162	
Ninlaro Oral Cap.....	130	Prevymis Oral Tab	149	Ribasphere Oral Tab ... 162	

Ribavirin Oral Cap.....	162	Synarel Nasal Sol.....	181	Trihexyphenidyl	
Ribavirin Oral Tab.....	162	Synercid Iny.....	182	Hydrochloride Oral Sol	
Riluzole Oral Tab.....	163	Synribo SOLUTION		.....	28
RITUXAN.....	121	RECONSTITUTED	3.5	Trihexyphenidyl	
Rivastigmine Transdermal		MG		Hydrochloride Oral Tab	
Patch.....	62	SUBCUTANEOUS*	16	.....	28
Rubraca Oral Tab.....	164	tacrolimus.....	121	TRISENOX.....	121
Rydapt Oral Cap.....	165	Tacrolimus Ointment ..	190	TROPHAMINE.....	121
Sabril Oral Tab.....	166	Tafinlar CAPSULE	50	Tykerb Oral Tab.....	196
SANDIMMUNE.....	121	MG ORAL.....	16	Tysabri Iny. Sol.....	197
SANDOSTATIN LAR		Tafinlar CAPSULE	75	Uptravi Oral Tab.....	198
DEPOT.....	121	MG ORAL.....	16	Uptravi Titration Pack.	198
Saphris Sublingual Tab.	17	Tagrisso Oral Tab.....	183	Valchlor Topical Gel..	199
Savella 4 Week Titration		Tarceva Oral Tab.....	184	vancomycin hcl.....	121
Pack.....	167	Targretin Topical Gel..	185	Velcade IV Sol.....	200
Savella Oral Tab.....	167	Tasigna Oral Cap.....	186	Vemlidy Oral Tab.....	201
Scopolamine Patch.....	28	Tazarotene External	187	Venclexta Oral Tab.....	202
SENSIPAR.....	121	Tazorac External.....	187	Venclexta Pack.....	202
Serevent Diskus Aerosol		Tecentriq Inj.....	188	Ventavis Inhalant Sol..	203
Powder.....	168	TEFLARO.....	121	Verzenio Oral Tab.....	204
Signifor Inj. Sol.....	169	TENIVAC.....	121	Vigabatrin Oral Sol.Pack	
Signifor Lar Inj. Susp..	170	Testosterone Topical Gel		.....	166
Sildenafil Oral Tab.....	147	.....	191	vinblastine sulfate.....	121
sirolimus.....	121	tetanus-diphtheria toxoids		VINCASAR PFS.....	122
Sirturo Oral Tab.....	171	td.....	121	vincristine sulfate.....	122
Sivextro Inj Sol.....	172	Tetrabenazine Oral Tab	211	vinorelbine tartrate.....	122
Sivextro Oral Tab.....	172	Thalomid Oral Cap.....	189	Vosevi Oral Tab.....	205
Sodium Phenylbutyate		Thioridazine Oral Tab	128	Votrient Oral Tab.....	206
Oral Tab.....	35	Thiothixene Oral Cap....	28	Vpriv Inj. Sol.....	207
Sodium Phenylbutyrate		Tigecycline Inj. Soln...	195	Vraylar.....	17
POWDER ORAL.....	35	tobramycin.....	121	VYXEOS.....	122
Soltamox SOLUTION	10	tobramycin sulfate.....	121	Xalkori Oral Cap.....	208
MG/5ML ORAL.....	16	TOPOSAR.....	121	Xatmep Oral Sol.....	209
SOMATULINE DEPOT		topotecan hcl.....	121	Xatmep Oral Sol.....	209
.....	121	TPN ELECTROLYTES		Xeljanz Oral Tab.....	210
Somavert SubQ Sol.....	173	.....	121	Xgeva SC Inj.....	212
Sovaldi Oral Tab.....	174	Transderm Scop		Xifaxan Oral Tab.....	213
Sprycel Oral Tab.....	175	Transdermal System..	28	Xolair Inj.....	214
Stiolto Metered Dose Inh		TRAVASOL.....	121	Xtandi Oral Cap.....	216
.....	176	TREANDA.....	121	Xuriden Oral Granules	217
Stivarga TABLET 40 MG		Trelegy Ellipta Inh.....	192	Xyrem Oral Sol.....	218
ORAL.....	16	Trelstar Inj.....	108	Yervoy Inj Sol.....	219
Suboxone Oral Strip.....	36	Tretinoin Topical Cream		YONDELIS.....	122
Sutent Oral Cap.....	177	.....	193	Zavesca Oral Cap.....	220
Sylatron SubQ.....	178	Tretinoin Topical Gel..	193	Zejula Oral Cap.....	221
Synagis IM Sol.....	180			Zelboraf Oral Tablet ...	222

Zemaira Inj. Sol. 143
Zinbryta Prefilled Syringe
..... 223
zoledronic acid 122

Zolinza Oral Cap 224
Zolpidem Tartrate Oral
Tab. 82
Zydelig Oral Tab 225

Zykadia Oral Cap 226
Zytiga Oral Tab 227