

Criterios de PA

Grupo de autorización previa	ABIRATERONE
Nombres de los medicamentos	ABIRATERONE ACETATE, ABIRTEGA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de próstata con ganglios positivos (N1), no metastásico (M0), cáncer de próstata de muy alto riesgo, cáncer de próstata de alto riesgo no metastásico, cáncer de próstata no metastásico con recurrencia después de tratamiento de radiación, tumores de glándulas salivales
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para los tumores de glándulas salivales: El medicamento solicitado se usa para el tratamiento de la enfermedad recidivante positiva para receptores de andrógenos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ABRYSVO
Nombres de los medicamentos	ABRYSVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad del tracto respiratorio inferior (LRTD) y la LRTD grave causada por el virus respiratorio sincicial (RSV): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ACTIMMUNE
Nombres de los medicamentos	ACTIMMUNE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide, síndrome de Sézary
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ADEMPAS - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ADEMPAS
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AIMOVIG - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	AIMOVIG
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AKEEGA
Nombres de los medicamentos	AKEEGA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC): 1) El paciente tiene una mutación BRCA (gen de susceptibilidad al cáncer de mama) Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para el cáncer de próstata metastásico sensible a la castración (mCSPC): 1) El paciente tiene una mutación BRCA-2 (gen de susceptibilidad al cáncer de mama) Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALBENDAZOLE
Nombres de los medicamentos	ALBENDAZOLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Ascariasis, tricuriasis, microsporidiosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Hidatidosis, microsporidiosis: 6 meses; todas las demás indicaciones: 1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALDURAZYME
Nombres de los medicamentos	ALDURAZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mucopolisacaridosis I (MPS I): El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de la alfa-L-iduronidasa o mediante pruebas genéticas. Los pacientes con síndrome de Scheie (es decir, forma atenuada de MPS I) deben tener síntomas de moderados a graves.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ALECENSA
Nombres de los medicamentos	ALECENSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) recidivante, metástasis cerebrales por NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para ALK, enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recidivante/metastásico o inoperable con translocación para IMT de ALK), linfoma de células B grandes positivo para ALK, glioma difuso de grado alto de tipo pediátrico positivo para ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica O b) el medicamento solicitado se usará como tratamiento adyuvante después de la resección tumoral Y 2) la enfermedad es positiva para ALK.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALOSETRON
Nombres de los medicamentos	ALOSETRON HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome del intestino irritable (IBS) con predominio de diarrea grave: 1) Se emite la receta del medicamento solicitado para una persona de sexo biológico femenino o que se identifica como mujer, 2) los síntomas crónicos del IBS duran al menos 6 meses, 3) se han descartado anomalías del tracto gastrointestinal Y 4) una respuesta inadecuada a un tratamiento convencional (p. ej., antiespasmódicos, antidepresivos, antidiarreicos).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ALPHA1-PROTEINASE INHIBITOR
Nombres de los medicamentos	PROLASTIN-C
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la deficiencia de inhibidores de la alfa-1-proteinasa: El paciente presenta ambas de las siguientes condiciones: 1) Enfisema con evidencia clínica Y 2) nivel sérico de inhibidores de la alfa-1-proteinasa antes del tratamiento inferior a 11 micromol/L (80 miligramos por decilitro [mg/dL] por inmunodifusión radial o 50 mg/dL por nefelometría).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALUNBRIG
Nombres de los medicamentos	ALUNBRIG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) recidivante, metástasis cerebrales de NSCLC positivo para ALK, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) positivo para ALK, tumores miofibroblásticos inflamatorios (IMT) con translocación de ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recidivante/metastásico o inoperable con translocación para IMT de ALK), enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) con fusión de ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica Y 2) la enfermedad es positiva para cinasa del linfoma anaplásico (ALK).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ALVAIZ - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ALVAIZ
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AMBRISANTAN - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	AMBRISANTAN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	AMPHETAMINES
Nombres de los medicamentos	AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA) O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado mediante un estudio del sueño.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ARCALYST
Nombres de los medicamentos	ARCALYST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para reducir el nivel de urato
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan un tratamiento para reducir el nivel de urato (p. ej., allopurinol) (nuevos inicios): 1) Dos o más brotes de gota en los 12 meses anteriores Y 2) respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación para las dosis máximas toleradas de un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y colchicine Y 3) uso simultáneo con tratamiento para reducir el nivel de urato. Para la prevención de los brotes de gota en pacientes que inician o continúan el tratamiento para reducir el nivel de urato (p. ej., allopurinol) (continuación): 1) El paciente debe haber logrado o mantenido un beneficio clínico (es decir, una menor cantidad de ataques de gota o menos días de brotes) en comparación con el inicio Y 2) el uso continuado del tratamiento para reducir el nivel de urato simultáneamente con el medicamento solicitado. Para la pericarditis recidivante: El paciente debe haber tenido una respuesta inadecuada, intolerancia o una contraindicación para las dosis máximas toleradas de AINE y colchicine.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	AREXVY
Nombres de los medicamentos	AREXVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad del tracto respiratorio inferior (LRTD) y la LRTD grave causada por el virus respiratorio sincicial (RSV): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ARIKAYCE
Nombres de los medicamentos	ARIKAYCE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un neumólogo, un especialista en enfermedades infecciosas o un médico especializado en el tratamiento de la enfermedad pulmonar por complejo <i>Mycobacterium avium</i> , o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ARMODAFINIL - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ARMODAFINIL
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ATOVAQUONE
Nombres de los medicamentos	ATOVAQUONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Babesiosis, toxoplasmosis, profilaxis de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> en pacientes pediátricos, tratamiento de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> leve a moderada en pacientes pediátricos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la neumonía leve a moderada por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP): El paciente tiene intolerancia o contraindicación para sulfamethoxazole/trimethoprim (SMX-TMP). Para la prevención de la PCP e indicaciones de profilaxis de la toxoplasmosis primaria: 1) El paciente tiene intolerancia o contraindicación para SMX-TMP Y 2) el paciente está inmunocomprometido. Para la profilaxis de la toxoplasmosis secundaria: El paciente está inmunocomprometido. Para el tratamiento de la babesiosis: El medicamento solicitado se utiliza en concomitancia con azithromycin.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Profilaxis de toxoplasmosis, profilaxis de PCP: 6 meses; todas las demás indicaciones: 3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	AUGTYRO
Nombres de los medicamentos	AUGTYRO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante positivo para ROS1, NSCLC recidivante positivo para la fusión del gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK), tumores sólidos positivos para la fusión del gen NTRK que no están localmente avanzados ni metastásicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para ROS1: El paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica. Para el NSCLC positivo para la fusión del gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK): El paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica. Para los tumores sólidos: El tumor es positivo para la fusión del gen NTRK.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AUSTEDO - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	AUSTEDO, AUSTEDO XR, AUSTEDO XR PATIENT TITRAT
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	AVMAPKI-FAKZYNJA
Nombres de los medicamentos	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	AYVAKIT
Nombres de los medicamentos	AYVAKIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, tumor del estroma gastrointestinal (GIST) por enfermedad residual, irresecable, con ruptura tumoral o recidivante/metastásica sin mutación en el exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las neoplasias mieloides y linfoides con eosinofilia, el paciente cumple con todos los siguientes criterios: 1) La enfermedad es positiva para reordenamiento FIP1L1-PDGFRΑ Y 2) la enfermedad presenta una mutación en PDGFRA D842V Y 3) la enfermedad es resistente al imatinib. Para el GIST, el paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: 1) La enfermedad contiene una mutación en el exón 18 de PDGFRA, incluida una mutación en PDGFRA D842V, O 2) el medicamento solicitado se usará después de la respuesta inadecuada a al menos dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en enfermedad residual, irresecable, de ruptura tumoral o recidivante/metastásica sin mutación en el exón 18 de PDGFRA. Para la mastocitosis sistémica: 1) El paciente tiene un diagnóstico de mastocitosis sistémica indolente o mastocitosis sistémica avanzada (incluida la mastocitosis sistémica agresiva [ASM], la mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada [SM-AHN] y la leucemia de mastocitos [MCL]) Y 2) el paciente tiene un recuento de plaquetas mayor o igual a 50,000/microlitro (mcL).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa
Nombres de los medicamentos

B VS. D
 ACETYLCYSTEINE, ACYCLOVIR SODIUM, ADMELOG, ALBUTEROL SULFATE, AMINOSYN II, AMINOSYN-PF, AMPHOTERICIN B, AMPHOTERICIN B LIPOSOME, APREPITANT, ASTAGRAF XL, AZACITIDINE, AZATHIOPRINE, BEIZRAY, BENDAMUSTINE HYDROCHLORID, BENDEKA, BUDESONIDE, CALCITONIN-SALMON, CALCITRIOL, CALCIUM ACETATE, CARBOPLATIN, CINACALCET HYDROCHLORIDE, CISPLATIN, CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 1, CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5, CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 %, CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 %, CLINIMIX 6/5, CLINIMIX 8/10, CLINIMIX 8/14, CLINISOL SF 15 %, CLINOLIPID, CROMOLYN SODIUM, CYCLOPHOSPHAMIDE, CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR, CYCLOSPORINE, CYCLOSPORINE MODIFIED, CYTARABINE AQUEOUS, DEXTROSE 50 %, DEXTROSE 70 %, DOCETAXEL, DOCIVYX, DOXORUBICIN HCL, DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE, DRONABINOL, ENGERIX-B, ENVARUSUS XR, ETOPOSIDE, EVEROLIMUS, FIASP, FIASP PUMPCART, FLUOROURACIL, FRINDOVYX, FULVESTRANT, GAMASTAN, GANCICLOVIR, GEMCITABINE HCL, GEMCITABINE HYDROCHLORIDE, GENGRAF, GRANISETRON HYDROCHLORIDE, HEPARIN SODIUM, HEPLISAV-B, HUMALOG, HUMULIN R, IBANDRONATE SODIUM, IMOVAX RABIES (H.D.C.V.), INSULIN LISPRO, INTRALIPID, IPRATROPIUM BROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUT, IRINOTECAN, IRINOTECAN HYDROCHLORIDE, JYLAMVO, JYNNEOS, KADCYLA, LEUCOVORIN CALCIUM, LEVALBUTEROL, LEVALBUTEROL HCL, LEVALBUTEROL HYDROCHLORID, LEVOCARNITINE, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE, LIDOCAINE/PRILOCAINE, LYUMJEV, METHOTREXATE, METHOTREXATE SODIUM, METHYLPREDNISOLONE, METHYLPREDNISOLONE ACETAT, METHYLPREDNISOLONE SODIUM, MORPHINE SULFATE, MYCOPHENOLATE MOFETIL, MYCOPHENOLIC ACID DR, NOVOLIN R, NOVOLOG, NULOJIX, NUTRILIPID, ONDANSETRON HCL, ONDANSETRON HYDROCHLORIDE, ONDANSETRON ODT, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PACLITAXEL PROTEIN-BOUND, PAMIDRONATE DISODIUM, PARICALCITOL, PEMETREXED, PENTAMIDINE ISETHIONATE, PLENAMINE, PREDNISOLONE, PREDNISOLONE SODIUM PHOSP, PREDNISON, PREDNISON INTENSOL, PREMASOL, PROGRAF, PROSOL, RABAVERT, RECOMBIVAX HB, SEVELAMER CARBONATE, SIROLIMUS, TACROLIMUS, TACROLIMUS ER, TENIVAC, TPN ELECTROLYTES, TRAVASOL, TROPHAMINE, VINCRISTINE SULFATE, VINOELBINE TARTRATE, VIVIMUSTA, XATMEP, ZOLEDRONIC ACID

Indicador de la indicación de PA
Usos para una indicación no autorizada
Criterios de exclusión
Información médica requerida
Restricciones por edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas

Todas las indicaciones médicamente aceptadas
 -
 -
 -
 -
 -

<i>Duración de la cobertura</i>	N/C
<i>Otros criterios</i>	Es posible que este medicamento esté cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.
<i>Tratamiento previo requerido</i>	No
<i>Grupo de autorización previa</i>	BAFIERTAM
<i>Nombres de los medicamentos</i>	BAFIERTAM
<i>Indicador de la indicación de PA</i>	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
<i>Usos para una indicación no autorizada</i>	-
<i>Criterios de exclusión</i>	-
<i>Información médica requerida</i>	-
<i>Restricciones por edad</i>	-
<i>Restricciones de personas autorizadas a dar recetas</i>	-
<i>Duración de la cobertura</i>	Año del plan
<i>Otros criterios</i>	-
<i>Tratamiento previo requerido</i>	No

Grupo de autorización previa	BALVERSA
Nombres de los medicamentos	BALVERSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma de páncreas, tipos de cáncer de las vías biliares (colangiocarcinoma intrahepático y extrahepático), cáncer de pulmón de células no pequeñas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma urotelial: 1) La enfermedad tiene alteraciones genéticas susceptibles al receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3) Y 2) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior para alguna de las siguientes enfermedades: a) Carcinoma urotelial localmente avanzado, recidivante o metastásico, O b) carcinoma urotelial de vejiga en estadio II-IV, recidivante o persistente. Para el adenocarcinoma de páncreas: 1) El medicamento solicitado se utilizará como agente único Y 2) la enfermedad tiene alteraciones genéticas del FGFR Y 3) el medicamento solicitado se está utilizando para uno de los siguientes: a) Tratamiento posterior para enfermedad localmente avanzada o metastásica, b) enfermedad recidivante. Para cánceres de las vías biliares (colangiocarcinoma intrahepático o extrahepático): 1) El medicamento solicitado se utilizará como agente único, Y 2) la enfermedad tiene alteraciones genéticas del receptor de crecimiento de fibroblastos 2 (FGFR2), Y 3) la enfermedad cumple con uno de los siguientes criterios: a) Irresecable o residual macroscópico, O b) metastásico. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es metastásica Y 2) la enfermedad tiene alteraciones genéticas de FGFR.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BENLYSTA
Nombres de los medicamentos	BENLYSTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Para pacientes que se inician en el tratamiento: Lupus activo grave del sistema nervioso central.
Información médica requerida	Para el lupus eritematoso sistémico (SLE): 1) El paciente recibe actualmente un régimen de tratamiento estándar para el SLE (p. ej., corticosteroides, antipalúdicos o inmunosupresores) O 2) el paciente ha presentado intolerancia o tiene una contraindicación para el régimen de tratamiento estándar para el SLE Y 3) para inicio de tratamiento, el paciente tiene diagnóstico confirmado de SLE a partir de autoanticuerpos positivos relevantes para SLE (p. ej., anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN bicatenario [anti-ds DNA], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento). Para la nefritis lúpica: 1) El paciente está recibiendo actualmente un régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica (por ejemplo, corticosteroide, cyclophosphamide, mycophenolate mofetil o azathioprine) O 2) el paciente ha experimentado una intolerancia o tiene una contraindicación al régimen de tratamiento estándar para la nefritis lúpica, Y 3) para inicio del tratamiento, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de nefritis lúpica (LN) a partir de cualquiera de los siguientes: a) Biopsia renal, O b) si una biopsia renal no es factible o si el paciente no es candidato para una biopsia renal, el paciente es positivo para autoanticuerpos relevantes para el SLE (por ejemplo, anticuerpos antinucleares [ANA], anti-ADN bicatenario [anti-ds DNA], anti-Smith [anti-Sm], anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento). Para todas las indicaciones, continuación: El paciente está obteniendo beneficios del tratamiento.
Restricciones por edad	5 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BERINERT
Nombres de los medicamentos	BERINERT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado mediante pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado mediante pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) El paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoietina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BESREMI
Nombres de los medicamentos	BESREMI, BESREMI PEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Mastocitosis sistémica, mielofibrosis, trombocitemia esencial, leucemia mieloide crónica (CML)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML): El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en una paciente embarazada.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BETASERON
Nombres de los medicamentos	BETASERON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BEXAROTENE
Nombres de los medicamentos	BEXAROTENE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma anaplásico cutáneo primario de células grandes (ALCL) positivo para CD30, papulosis linfomatoide (LyP) positivo para CD30, linfoma subcutáneo de células T similar a la paniculitis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	BEXAROTENE TOPICAL
Nombres de los medicamentos	BEXAROTENE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma cutáneo primario de la zona marginal, linfoma cutáneo primario del centro folicular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BIMZELX - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	BIMZELX
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BORTEZOMIB
Nombres de los medicamentos	BORTEZOMIB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica por cadenas ligeras, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad de Castleman multicéntrica, leucemia/linfoma de células T en adultos, leucemia linfoblástica aguda, sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin clásico pediátrico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	BOSENTAN - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	BOSENTAN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BOSULIF
Nombres de los medicamentos	BOSULIF, BOSUTINIB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia linfoblástica aguda de células B positiva con cromosoma Filadelfia positivo (B-ALL Ph+), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o en la fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L Y 3) el paciente ha presentado resistencia o intolerancia al imatinib, dasatinib o nilotinib. Para la B-ALL, incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I, G250E, V299L y F317L.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BRAFTOVI - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	BRAFTOVI
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	BRIVARACETAM
Nombres de los medicamentos	BRIVARACETAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Xcopri (si tiene 18 años o más).
Restricciones por edad	A partir de 1 mes de vida
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	BRUKINSA
Nombres de los medicamentos	BRUKINSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia de células pilosas, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto (MCL): El medicamento solicitado cumple con uno de los siguientes requisitos: 1) Se utiliza como tratamiento de inducción, O 2) se utiliza para tratar el MCL después de al menos una línea de tratamiento previo. Para el linfoma primario del sistema nervioso central (CNS) y la leucemia de células pilosas: La enfermedad ha recidivado o es refractaria al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	PARCHE DE BUPRENORPHINE
Nombres de los medicamentos	BUPRENORPHINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos, O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un período de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) el paciente puede tomar la dosis solicitada de manera segura según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opioides Y 4) esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	BYSANTI
Nombres de los medicamentos	BYSANTI, BYSANTI TITRATION PACK A, BYSANTI TITRATION PACK B, BYSANTI TITRATION PACK C
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Cobenfy, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I: 1) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CABOMETYX
Nombres de los medicamentos	CABOMETYX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, sarcoma de Ewing, osteosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma endometrial, sarcoma de tejidos blandos (sarcoma de partes blandas alveolar, condrosarcoma mixoide extraesquelético, subtipos de hemangioendotelioma epitelioide), tumores de glándulas suprarrenales, feocromocitoma/paraganglioma, tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal, pulmón y timo, tumores neuroendocrinos bien diferenciados de grado 3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales (incluido el carcinoma de células renales hereditario): La enfermedad es avanzada, recurrente o en estadio IV (incluidas las metástasis cerebrales). Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) La enfermedad es positiva para el gen RET (reordenado durante la transfección) Y 2) la enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica. Para el carcinoma hepatocelular: El medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irresecable, ruptura tumoral preoperatoria/intraoperatoria o recidivante/metastásica, Y 2) la enfermedad ha progresado después de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma: El medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior. Para el cáncer diferenciado de tiroides (DTC) (folicular, papilar, oncocítico): 1) La enfermedad es localmente avanzada o metastásica Y 2) la enfermedad ha tenido progresión después de un tratamiento dirigido al receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR) Y 3) el paciente presenta resistencia al tratamiento con yodo radiactivo (RAI) o no es elegible para RAI. Para el carcinoma de endometrio: 1) La enfermedad es recidivante Y 2) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE
Nombres de los medicamentos	CALCIPOTRIENE, CALCITRENE, PELLIX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un corticosteroide tópico O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de corticosteroides tópicos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE
Nombres de los medicamentos	ENSTILAR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas: El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un corticosteroide tópico O el paciente tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de corticosteroides tópicos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CALQUENCE
Nombres de los medicamentos	CALQUENCE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Macroglobulinemia de Waldenström (linfoma linfoplasmocítico), linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal de estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de localización no gástrica, el linfoma ganglionar de la zona marginal, el linfoma esplénico de la zona marginal)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de la zona marginal (incluido el linfoma extraganglionar de la zona marginal de estómago, el linfoma extraganglionar de la zona marginal de localización no gástrica, el linfoma ganglionar de la zona marginal y el linfoma esplénico de la zona marginal): El medicamento solicitado se usa para el tratamiento de la enfermedad recurrente, resistente al tratamiento o progresiva.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CAPRELSA
Nombres de los medicamentos	CAPRELSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinomas de tiroides (foliculares, oncocíticos, papilares)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CARGLUMIC ACID - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	CARGLUMIC ACID
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	CAVHANZA
Nombres de los medicamentos	CAVHANZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente es negativo para T315I, Y253H, E255K/V y mutaciones F359V/C/I, Y 3) el paciente cumple con uno de los siguientes requisitos: a) El paciente ha participado en un ensayo de nilotinib hydrochloride de formulación genérica o tiene intolerancia al nilotinib hydrochloride genérico, O b) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., cápsulas) O c) el paciente está en tratamiento concurrente con un inhibidor de la bomba de protones (PPI) o un antagonista del receptor de histamina tipo 2 (H2RA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CAYSTON
Nombres de los medicamentos	CAYSTON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los síntomas respiratorios en pacientes con fibrosis quística: 1) Se observa <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en las vías respiratorias.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CEQR
Nombres de los medicamentos	CEQR SIMPLICITY 1U EXTND, CEQR SIMPLICITY 2U, CEQR SIMPLICITY 2U EXTND, CEQR SIMPLICITY EXTENDED, CEQR SIMPLICITY INSERTER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere control de insulina Y 2) el paciente se autoevalúa actualmente los niveles de glucosa, el paciente recibirá asesoramiento sobre la autoevaluación de los niveles de glucosa, o el paciente usa un glucómetro continuo Y 3) el paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) El paciente ha probado las inyecciones en bolo y no cumplió con los objetivos glucémicos o tuvo dificultades para administrar varias inyecciones de insulina diariamente, b) el paciente no puede probar las inyecciones en bolo.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CERDELGA
Nombres de los medicamentos	CERDELGA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 (GD1): 1) El diagnóstico se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas, y 2) el estado metabolizador del CYP2D6 del paciente se ha establecido mediante una prueba aprobada por la FDA, y 3) el paciente es un metabolizador extenso del CYP2D6, un metabolizador intermedio o un metabolizador deficiente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CEREZYME
Nombres de los medicamentos	CEREZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Gaucher tipo 1 o tipo 3: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima beta-glucocerebrosidasa o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CLOBAZAM
Nombres de los medicamentos	CLOBAZAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet, tratamiento adyuvante para la epilepsia focal refractaria
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CLOMIPRAMINE
Nombres de los medicamentos	CLOMIPRAMINE HYDROCHLORID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Depresión, trastorno de pánico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de pánico: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes: Un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI). Para la depresión: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para dos de los siguientes: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion. Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años de edad o más Y recibe uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CLORAZEPATE
Nombres de los medicamentos	CLORAZEPATE DIPOTASSIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetar en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente), 2) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de varios medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se usa simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que los SSRI/SNRI sean eficaces para los síntomas de ansiedad, O 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad: 1 mes, trastornos de ansiedad: 4 meses, todos los demás diagnósticos: Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CLOZAPINE ODT
Nombres de los medicamentos	CLOZAPINE ODT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	COMETRIQ
Nombres de los medicamentos	COMETRIQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es positiva para reordenamientos del gen RET (reordenado durante la transfección), Y 2) la enfermedad ha progresado después del tratamiento con cualquiera de los siguientes: a) Pralsetinib O b) selpercatinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	COPIKTRA
Nombres de los medicamentos	COPIKTRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios, linfoma periférico de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL) asociado a implantes mamarios y el linfoma periférico de células T: El paciente tiene enfermedad recurrente o resistente al tratamiento. Para el linfoma hepatoesplénico de células T: El paciente tiene enfermedad resistente al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	COTELLIC
Nombres de los medicamentos	COTELLIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, glioblastoma), tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, glioblastoma): 1) El tumor es positivo para la mutación activadora en BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con vemurafenib. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora en BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K) Y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con vemurafenib Y 3) el medicamento solicitado se usará para alguno de los siguientes: a) Enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	CRESEMBA
Nombres de los medicamentos	CRESEMBA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Candidiasis esofágica resistente al tratamiento con fluconazole en un paciente con VIH, peritonitis fúngica asociada a diálisis peritoneal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se administra por vía oral. Para la aspergilosis invasiva y la candidiasis esofágica resistente al tratamiento con fluconazole en un paciente con VIH: El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para el voriconazole.
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Aspergilosis invasiva: 3 meses. Mucormicosis invasiva: 6 meses. Candidiasis esofágica, peritonitis: 1 mes.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	CYSTADROPS
Nombres de los medicamentos	CYSTADROPS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico se confirmó mediante ALGUNO de los siguientes métodos: a) La presencia de una mayor concentración de cistina en leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) detección de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	CYSTAGON
Nombres de los medicamentos	CYSTAGON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cistinosis nefropática: El diagnóstico se confirmó mediante ALGUNO de los siguientes métodos: 1) La presencia de concentración elevada de cistina en los leucocitos, O 2) pruebas genéticas, O 3) demostración de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	CYSTARAN
Nombres de los medicamentos	CYSTARAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la cistinosis: 1) El diagnóstico se confirmó mediante ALGUNO de los siguientes métodos: a) La presencia de una mayor concentración de cistina en leucocitos, O b) pruebas genéticas, O c) detección de cristales de cistina en la córnea mediante examen con lámpara de hendidura Y 2) el paciente presenta acumulación de cristales de cistina en la córnea.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DALFAMPRIDINE
Nombres de los medicamentos	DALFAMPRIDINE ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la esclerosis múltiple (nuevos inicios): Antes de iniciar el tratamiento, el paciente demuestra un deterioro sostenido de la marcha. Para la esclerosis múltiple (continuación): El paciente debe haber presentado una mejoría en la velocidad al caminar U otra medida objetiva de la capacidad para caminar desde que comenzó a tomar el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DANZITEN
Nombres de los medicamentos	DANZITEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (ALL Ph+), sinovitis villonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinovial, neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente ha presentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DASATINIB
Nombres de los medicamentos	DASATINIB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condrosarcoma metastásico o extendido, cordoma recidivante, leucemia linfoblástica aguda (ALL) de células T, B-ALL similar a Filadelfia (Ph), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o en la fase blástica, melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia (Ph) o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las siguientes mutaciones: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L. En el caso de la leucemia linfoblástica aguda (ALL), el paciente tiene un diagnóstico de uno de los siguientes: 1) ALL positiva para el cromosoma Filadelfia, incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: Diagnóstico confirmado mediante la detección del cromosoma Ph o del gen BCR-ABL Y si el paciente experimentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa, el paciente es negativo para todas las mutaciones siguientes: T315I/A, F317L/V/I/C y V299L O 2) B-ALL similar a Ph con fusión de cinasas de clase ABL O 3) ALL de células T recidivantes o resistentes con translocación de clase ABL. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irresecable, recidivante/progresiva o metastásica/con ruptura tumoral, 2) el paciente ha recibido tratamiento previo con avapritinib Y 3) el paciente es positivo para mutaciones del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA). Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DAURISMO
Nombres de los medicamentos	DAURISMO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento posterior a la inducción/consolidación después de la respuesta a un tratamiento previo con el mismo régimen para la leucemia mieloide aguda (AML)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) El medicamento solicitado debe usarse en combinación con cytarabine de dosis baja, 2) el paciente tiene 75 años de edad o más O tiene comorbilidades que impiden la quimioterapia intensiva, Y 3) el medicamento solicitado se usará como tratamiento de inducción o tratamiento posterior a la inducción/consolidación.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	DEFERASIROX
Nombres de los medicamentos	DEFERASIROX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre: El nivel de ferritina en suero antes del tratamiento es superior a 1000 mcg/L.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DEXMETHYLPHENIDATE
Nombres de los medicamentos	DEXMETHYLPHENIDATE HCL, DEXMETHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Fatiga relacionada con el cáncer
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA) O 2) se emite la receta del medicamento solicitado para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de que se hayan descartado otras causas de la fatiga.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DHE NASAL
Nombres de los medicamentos	DIHYDROERGOTAMINE MESYLAT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (por ejemplo, ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista del receptor triptano 5-HT1.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DIACOMIT
Nombres de los medicamentos	DIACOMIT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de los 6 meses de vida
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	DIAZEPAM
Nombres de los medicamentos	DIAZEPAM, DIAZEPAM INTENSOL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente), 2) si el paciente está utilizando dos o más medicamentos activos adicionales que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) (por ejemplo, lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad: 1) El medicamento solicitado se usa simultáneamente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI) hasta que los SSRI/SNRI sean eficaces para los síntomas de ansiedad, O 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para AL MENOS DOS agentes de las siguientes clases: a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), b) inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (SNRI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Alivio a corto plazo de la ansiedad: 1 mes, espasmo musculoesquelético: 3 meses, trastornos de ansiedad: 4 meses, otros diagnósticos: Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. Se aplica a más de 5 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	DOPTLET - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	DOPTLET, DOPTLET SPRINKLE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	DRIZALMA
Nombres de los medicamentos	DRIZALMA SPRINKLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor neuropático inducido por quimioterapia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion. Para el trastorno de ansiedad generalizada, la neuropatía periférica diabética, la fibromialgia, el dolor musculoesquelético crónico y el dolor neuropático inducido por la quimioterapia: 1) El paciente ha probado cápsulas de duloxetine O 2) el paciente no puede tomar cápsulas de duloxetine por ningún motivo (p. ej., dificultad para tragar las cápsulas, requiere administración nasogástrica).
Restricciones por edad	Trastorno de ansiedad generalizada: 7 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	DROXIDOPA
Nombres de los medicamentos	DROXIDOPA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipotensión ortostática neurogénica (nOH): Para el tratamiento inicial, el paciente tiene una disminución persistente y constante de la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg O una disminución de la presión arterial diastólica de al menos 10 mmHg dentro de los 3 minutos posteriores a la prueba de estar de pie o de inclinación en tabla basculante. Para continuar con el tratamiento, el paciente ha tenido una reducción sostenida de los síntomas de nOH (es decir, disminución de los mareos, aturdimiento o sensación de desmayo). Tanto para el tratamiento inicial como para el de continuación, el medicamento solicitado se utilizará en pacientes con hipotensión ortostática neurogénica asociada a uno de los siguientes diagnósticos: 1) Insuficiencia autonómica primaria debido a la enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica o insuficiencia autonómica pura, O 2) deficiencia de dopamina beta-hidroxilasa, O 3) neuropatía autonómica no diabética.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	DUPIXENT - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	DUPIXENT
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EBGLYSS - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	EBGLYSS
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ELIGARD
Nombres de los medicamentos	ELIGARD
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tumores de las glándulas salivales
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tumores de las glándulas salivales: 1) La enfermedad es positiva para el receptor de andrógenos Y 2) la enfermedad es recurrente, metastásica o irresecable.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EMGALITY - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	EMGALITY
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EMSAM
Nombres de los medicamentos	EMSAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion, O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ENSACOVE
Nombres de los medicamentos	ENSACOVE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) recidivante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica Y 2) la enfermedad es positiva para cinasa del linfoma anaplásico (ALK) Y 3) el paciente no ha recibido previamente un inhibidor de ALK O el paciente ha experimentado intolerancia o progresión de la enfermedad con crizotinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ENTYVIO
Nombres de los medicamentos	ENTYVIO PEN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	EPIDIOLEX
Nombres de los medicamentos	EPIDIOLEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	EPRONTIA
Nombres de los medicamentos	TOPIRAMATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Xcopri (si tiene 18 años o más). Para el tratamiento en monoterapia de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias y el tratamiento preventivo de las migrañas: 1) El paciente ha probado un producto genérico de liberación inmediata de topiramate, O 2) el paciente tiene dificultad para deglutir formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas). Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico.
Restricciones por edad	Epilepsia: 2 años o más, migraña: 12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ERGOTAMINE
Nombres de los medicamentos	ERGOTAMINE TARTRATE/CAFFE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Se denegará la cobertura cuando se utilice junto con inhibidores potentes de CYP3A4 (por ejemplo, ritonavir, nelfinavir, indinavir, erythromycin, clarithromycin).
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos UN agonista triptano 5-HT1.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ERIVEDGE
Nombres de los medicamentos	ERIVEDGE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Meduloblastoma en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el meduloblastoma en adultos: El paciente ha recibido tratamiento sistémico previo Y tiene tumores con mutaciones en la vía Sonic Hedgehog.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ERLEADA
Nombres de los medicamentos	ERLEADA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ERLOTINIB
Nombres de los medicamentos	ERLOTINIB HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante, cordoma recidivante, carcinoma de células renales (RCC) recidivante o en estadio IV, metástasis cerebrales derivadas del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), cáncer de páncreas recidivante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) (incluidas las metástasis cerebrales derivadas del NSCLC): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación sensibilizante del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR). Para el cáncer de páncreas: La enfermedad es localmente avanzada, irresecable, recidivante o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ETANERCEPT - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ENBREL, ENBREL MINI, ENBREL SURECLICK
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EUCRISA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	EUCRISA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	EVEROLIMUS
Nombres de los medicamentos	EVEROLIMUS, TORPENZ, YULITHIRA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma de Hodgkin clásico, timomas y carcinomas tímicos, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico tratados previamente, sarcoma de tejidos blandos (subtipos de tumores perivasculares de células epitelioides [PEComa], angiomiolipoma/linfangioleiomiomatosis), tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos del timo, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados, carcinoma de tiroides (papilar, oncocítico y folicular), carcinoma de endometrio, sarcoma uterino, cáncer de mama (en combinación con fulvestrant o tamoxifen), neoplasias histiocíticas (enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedad de Erdheim-Chester, histiocitosis de células de Langerhans), meningiomas, glioma circunscrito.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recidivante irresecable, avanzada o metastásica, positiva para receptores hormonales (HR), negativa para receptores 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) Y 2) se emite la receta del medicamento solicitado en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen Y 3) el medicamento solicitado se usa para tratamiento posterior. Para el carcinoma de células renales (incluido el carcinoma de células renales hereditario): La enfermedad es recurrente, avanzada o en estadio IV. Para el astrocitoma subependimario de células gigantes (SEGA): El medicamento solicitado se administra como tratamiento adyuvante. Para el tumor del estroma gastrointestinal: 1) La enfermedad es residual, irresecable, ruptura tumoral preoperatoria/intraoperatoria o recurrente/metastásica, Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para la enfermedad de Erdheim-Chester (ECD), la enfermedad de Rosai-Dorfman y la histiocitosis de células de Langerhans (LCH): El paciente debe tener una mutación en la subunidad catalítica alfa de la fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-cinasa (PIK3CA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	EXXUA
Nombres de los medicamentos	EXXUA, EXXUA TITRATION PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FABRAZYME
Nombres de los medicamentos	FABRAZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Fabry, el paciente cumple CUALQUIERA de los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de la enfermedad de Fabry se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-galactosidasa o mediante pruebas genéticas, O 2) el paciente es un portador obligado sintomático.
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un médico especialista en el tratamiento de enfermedades metabólicas y/o trastornos de almacenamiento lisosomal, o en consulta con uno
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FANAPT
Nombres de los medicamentos	FANAPT, FANAPT TITRATION PACK A, FANAPT TITRATION PACK B, FANAPT TITRATION PACK C
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Cobenfy, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I: 1) El paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para alguno de los siguientes productos de marca: Lybalvi, Vraylar.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FASENRA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	FASENRA, FASENRA PEN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PARCHE DE FENTANYL
Nombres de los medicamentos	FENTANYL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos, O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para el dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un período de tratamiento prolongado con un analgésico opioide diario en un paciente que ha estado tomando un opioide Y 2) el paciente puede tomar la dosis solicitada de manera segura según su historial de uso de opioides [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opioides Y 4) esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FETZIMA
Nombres de los medicamentos	FETZIMA, FETZIMA TITRATION PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para DOS de los siguientes: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FILSPARI
Nombres de los medicamentos	FILSPARI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para ralentizar el deterioro de la función renal en pacientes con nefropatía por inmunoglobulina A primaria (IgAN) con riesgo de progresión de la enfermedad: 1) Inicialmente, el diagnóstico de IgAN se confirma mediante biopsia renal, Y 2) el paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento con una dosis máxima tolerada de un inhibidor del sistema renina-angiotensina (RAS) (p. ej., inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina [ACE] o bloqueador del receptor de angiotensina [ARB]), O b) el paciente presentó intolerancia o tiene una contraindicación a los inhibidores del RAS.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FINTEPLA
Nombres de los medicamentos	FINTEPLA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	FIRMAGON
Nombres de los medicamentos	FIRMAGON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	FLUCYTOSINE
Nombres de los medicamentos	FLUCYTOSINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Peritonitis fúngica asociada a diálisis peritoneal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se administra por vía oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Peritonitis: 1 mes, <i>Candida</i> : 6 semanas, <i>Cryptococcus</i> : 6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ALT. DEL FORMULARIO/AUTORIZ. PREVIA DE CLINDAMYCIN
Nombres de los medicamentos	CLINDAMYCIN PHOSPHATE (ON)
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha experimentado una intolerancia a uno de los siguientes productos del formulario: Loción de clindamycin, solución tópica de clindamycin, gel de clindamycin (dos veces al día).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FOTIVDA
Nombres de los medicamentos	FOTIVDA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente, resistente al tratamiento o en estadio IV Y 2) el paciente ha recibido dos o más tratamientos sistémicos previos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	FRUZAQLA
Nombres de los medicamentos	FRUZAQLA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma apendicular
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal y el adenocarcinoma apendicular: 1) La enfermedad es avanzada o metastásica Y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único Y 3) el medicamento solicitado se usará como tratamiento de segunda línea o posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	FULPHILA
Nombres de los medicamentos	FULPHILA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Indicaciones relacionadas con el trasplante de células madre
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril inducida por quimioterapia mielosupresora: El paciente debe cumplir los dos criterios siguientes: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide Y 2) el paciente está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	GATTEX
Nombres de los medicamentos	GATTEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento inicial del síndrome del intestino corto (SBS): El paciente depende del soporte parenteral. Para SBS, continuación: La necesidad de soporte parenteral ha disminuido con respecto al inicio durante la administración del tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un gastroenterólogo, cirujano gastrointestinal o especialista en soporte nutricional o en consulta con uno
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	GAVRETO
Nombres de los medicamentos	GAVRETO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrente positivo para reordenamiento del gen RET (reordenado durante la transfección) o cáncer de vesícula biliar positivo para la fusión del gen RET.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica Y 2) el tumor es positivo para la fusión del gen RET (reordenado durante la transfección) o positivo para reordenamiento del gen RET.
Restricciones por edad	Cáncer de pulmón de células no pequeñas: 18 años o más, cáncer de tiroides: 12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GEFITINIB
Nombres de los medicamentos	GEFITINIB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, avanzado o metastásico positivo para una mutación sensibilizante del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el paciente tiene una enfermedad positiva para la mutación sensibilizante del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GILENYA
Nombres de los medicamentos	FINGOLIMOD HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GILOTRIF
Nombres de los medicamentos	GILOTRIF
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) positivo para receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o metastásica Y 2) el paciente ha presentado un evento adverso intolerable o una contraindicación para erlotinib, gefitinib u osimertinib. Para el NSCLC escamoso metastásico: La enfermedad ha tenido progresión después de la quimioterapia a base de platino.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	GLATIRAMER
Nombres de los medicamentos	COPAXONE, GLATIRAMER ACETATE, GLATOPA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	GLUTAMINE
Nombres de los medicamentos	L-GLUTAMINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	5 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GOMEKLI
Nombres de los medicamentos	GOMEKLI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la neurofibromatosis tipo 1: El paciente tiene neurofibromas plexiformes sintomáticos que son inoperables o no pueden extirparse por completo.
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	GROWTH HORMONE - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	GENOTROPIN, GENOTROPIN MINISQUICK
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HADLIMA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ADALIMUMAB-BWWD, HADLIMA, HADLIMA PUSHTOUCH
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	HAEGARDA
Nombres de los medicamentos	HAEGARDA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de los ataques de angioedema debido a angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado por pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado por pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) El paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoietina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones por edad	6 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN
Nombres de los medicamentos	HERCEPTIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado no resecable, metástasis leptomeníngicas del cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso de útero o carcinosarcoma uterino positivo para HER2 avanzado, recurrente o metastásico, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural, tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico positivo para HER2 localmente avanzado, no resecable o recurrente, cáncer de endometrio positivo para HER2, neoplasias y cánceres de apéndice positivos para HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad presenta amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad es positiva para HER2, Y 2) la enfermedad es irresecable, residual macroscópica (R2) o metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad es positiva para HER2 Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatino y paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento. Para neoplasias y cánceres apendiculares: 1) La enfermedad es positiva para HER2 y presenta genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab o tucatinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HERCEPTIN HYLECTA
Nombres de los medicamentos	HERCEPTIN HYLECTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante para el cáncer de mama positivo para receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recidivante o avanzado irresecable
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HERCESSI
Nombres de los medicamentos	HERCESSI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado no resecable, metástasis leptomeníngicas del cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso de útero o carcinosarcoma uterino positivo para HER2 avanzado, recurrente o metastásico, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural, tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico positivo para HER2 localmente avanzado, no resecable o recurrente, cáncer de endometrio positivo para HER2, neoplasias y cánceres de apéndice positivos para HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad presenta amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad es positiva para HER2, Y 2) la enfermedad es irresecable, residual macroscópica (R2) o metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad es positiva para HER2 Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatino y paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento. Para neoplasias y cánceres apendiculares: 1) La enfermedad es positiva para HER2 y presenta genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab o tucatinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HERNEXEOS
Nombres de los medicamentos	HERNEXEOS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es positiva para mutaciones en el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) (oncogén eritroblástico B [ERBB2]) Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada, irresecable o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HERZUMA
Nombres de los medicamentos	HERZUMA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado no resecable, metástasis leptomeníngicas del cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso de útero o carcinosarcoma uterino positivo para HER2 avanzado, recurrente o metastásico, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural, tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico positivo para HER2 localmente avanzado, no resecable o recurrente, cáncer de endometrio positivo para HER2, neoplasias y cánceres de apéndice positivos para HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad presenta amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad es positiva para HER2, Y 2) la enfermedad es irresecable, residual macroscópica (R2) o metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad es positiva para HER2 Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatin y paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento. Para neoplasias y cánceres apendiculares: 1) La enfermedad es positiva para HER2 y presenta genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab o tucatinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-AMITRIPTYLINE
Nombres de los medicamentos	AMITRIPTYLINE HYDROCHLORI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor neuropático, profilaxis del dolor de cabeza tensional crónico, dolor de cuello crónico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone, Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, hydroxyzine, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	HRM-BENZTROPINE
Nombres de los medicamentos	BENZTROPINE MESYLATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Síntomas extrapiramidales (EPS): 1) El paciente no ha probado el medicamento alternativo que no es HRM amantadine Y 2) el paciente tiene una contraindicación para el medicamento alternativo que no es HRM amantadine O 3) el paciente ha probado el medicamento alternativo que no es HRM amantadine Y 4) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia al medicamento alternativo que no es HRM amantadine. Parkinson: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: Amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM: Amantadine, carbidopa/levodopa, pramipexole o ropinirole. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-CYPROHEPTADINE - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	CYPROHEPTADINE HCL, CYPROHEPTADINE HYDROCHLOR
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HRM-DESIPRAMINE
Nombres de los medicamentos	DESIPRAMINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor neuropático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone, Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, hydroxyzine, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	HRM-DIPYRIDAMOLE
Nombres de los medicamentos	DIPYRIDAMOLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-DOXEPIN
Nombres de los medicamentos	DOXEPIN HCL, DOXEPIN HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone, Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone. Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: Buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, hydroxyzine, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE ER
Nombres de los medicamentos	GUANFACINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	HRM-GUANFACINE IR
Nombres de los medicamentos	GUANFACINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-HYDROXYZINE
Nombres de los medicamentos	HYDROXYZINE HCL, HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE, HYDROXYZINE PAMOATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: Buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada O 3) el paciente no ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: Buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE HRM-HYDROXYZINE
Nombres de los medicamentos	HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Para el síndrome de abstinencia de alcohol: 1) El paciente no ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: Clorazepate o lorazepam Y 2) el paciente tiene una contraindicación para uno de los siguientes medicamentos alternativos: Clorazepate o lorazepam O 3) el paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos: Clorazepate o lorazepam Y 4) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos: Clorazepate o lorazepam. Para la ansiedad: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: Buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada O 3) el paciente no ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos: Buspirone, duloxetine, escitalopram, sertraline o venlafaxine de liberación prolongada Y 4) el paciente tiene ansiedad aguda.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	HRM-HYPNOTICS ESZOPICLONE
Nombres de los medicamentos	ESZOPICLONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) El paciente tiene una contraindicación para los medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) y ramelteon O b) el paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y 2) la persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 3) si el paciente recibe dos o más medicamentos adicionales con actividad en el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos con actividad en el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-HYPNOTICS ZALEPLON
Nombres de los medicamentos	ZALEPLON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) El paciente tiene una contraindicación para los medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) y ramelteon O b) el paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y 2) la persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 3) si el paciente recibe dos o más medicamentos adicionales con actividad en el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos con actividad en el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-HYPNOTICS ZOLPIDEM
Nombres de los medicamentos	ZOLPIDEM TARTRATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el insomnio: 1) El paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) El paciente tiene una contraindicación para los medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) y ramelteon O b) el paciente ha probado uno de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a uno de los siguientes medicamentos alternativos que no son HRM (que no son medicamentos de alto riesgo): Doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon Y 2) la persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente Y 3) si el paciente recibe dos o más medicamentos adicionales con actividad en el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos con actividad en el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-IMIPRAMINE
Nombres de los medicamentos	IMIPRAMINE HCL, IMIPRAMINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor neuropático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone, Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, hydroxyzine, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	HRM-MECLIZINE
Nombres de los medicamentos	MECLIZINE HCL, MECLIZINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, hydroxyzine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-PHENOBARBITAL
Nombres de los medicamentos	PHENOBARBITAL, PHENOBARBITAL SODIUM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Epilepsia
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-PROMETHAZINE
Nombres de los medicamentos	PROMETHAZINE HCL, PROMETHAZINE HYDROCHLORID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la rinitis: 1) El paciente ha probado dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: Levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos no HRM: Levocetirizine, azelastine nasal, fluticasone nasal o flunisolide nasal. Para todas las indicaciones: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente, Y 2) si el paciente está tomando uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, cyclobenzaprine) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	HRM-SMR CARISOPRODOL
Nombres de los medicamentos	CARISOPRODOL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlo en dosis reducidas o utilizarlo con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-SMR CYCLOBENZAPRINE
Nombres de los medicamentos	CYCLOBENZAPRINE HYDROCHLO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-SMR METHOCARBAMOL
Nombres de los medicamentos	METHOCARBAMOL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para este paciente. Y 2) si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, dicyclomine, hydroxyzine) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente). La autorización previa se aplica a más de 30 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	HRM-TRIMIPRAMINE
Nombres de los medicamentos	TRIMIPRAMINE MALEATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la depresión: 1) El paciente probó dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone, Y 2) el paciente presentó una respuesta inadecuada al tratamiento O intolerancia a dos de los siguientes medicamentos alternativos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), bupropion, mirtazapine o trazodone Y 3) la persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los riesgos potenciales para este paciente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más. (El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente).
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	HUMIRA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	HUMIRA, HUMIRA PEN, HUMIRA PEN-CD/UC/HS START, HUMIRA PEN-PS/UV STARTER
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	HYRNUO
Nombres de los medicamentos	HYRNUO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) La enfermedad es positiva para mutaciones en el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) (oncogén eritroblástico B [ERBB2]) Y 2) la enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	IBRANCE - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	IBRANCE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	IBTROZI
Nombres de los medicamentos	IBTROZI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ICATIBANT
Nombres de los medicamentos	ICATIBANT ACETATE, SAJAZIR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de los ataques de angioedema agudo debido a angioedema hereditario (HAE): 1) El paciente tiene HAE con deficiencia o disfunción del inhibidor de C1 confirmado por pruebas de laboratorio, O 2) el paciente tiene HAE con inhibidor de C1 normal confirmado por pruebas de laboratorio y uno de los siguientes: a) El paciente dio positivo para una mutación genética en F12, angiopoyetina-1, plasminógeno, cininógeno-1 (KNG1), heparán sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferasa 6 (HS3ST6) o mioferlina (MYOF), b) el paciente tiene antecedentes familiares de angioedema y el angioedema fue resistente a un ensayo de tratamiento con antihistamínicos en dosis altas durante al menos un mes.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un inmunólogo, alergista o reumatólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ICLUSIG
Nombres de los medicamentos	ICLUSIG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos tipo 1 (FGFR1) o ABL1 en la fase crónica o fase blástica, tumores del estroma gastrointestinal
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El paciente tiene CML acelerada o en fase blástica y ningún otro inhibidor de la cinasa está indicado, O 2) el paciente tiene CML en fase crónica y ha tenido resistencia o intolerancia a al menos 2 inhibidores de la cinasa previos Y al menos uno de ellos fue imatinib, dasatinib o nilotinib, O 3) el paciente es positivo para la mutación T315I, O 4) el paciente no tiene mutación identificable en BCR-ABL1 y resistencia al tratamiento primario con asciminib, imatinib, bosutinib, dasatinib o nilotinib. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para los tumores del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad cumple cualquiera de los siguientes criterios: A) Residual, B) irresecable, C) recurrente, D) metastásica/con ruptura tumoral Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	IDHIFA
Nombres de los medicamentos	IDHIFA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia mieloide aguda de diagnóstico reciente, síndromes mielodisplásicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML) con una mutación en el gen isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2): 1) El paciente tiene AML de diagnóstico reciente y no es candidato para el tratamiento de inducción intensiva o lo rechaza, O 2) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior a la inducción tras la respuesta a un tratamiento previo de menor intensidad con el medicamento solicitado, O 3) el paciente tiene AML recidivante o refractaria, O 4) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de consolidación. Para los síndromes mielodisplásicos: La enfermedad presenta una mutación en el gen de la isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IMATINIB
Nombres de los medicamentos	IMATINIB MESYLATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tumores desmoides, sinovitis villonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinoviales (PVNS/TGCT), cordoma recidivante, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi, enfermedad crónica de injerto contra huésped (cGVHD), leucemia linfoblástica aguda de células T con translocación de clase ABL, mastocitosis sistémica agresiva para mastocitosis sistémica bien diferenciada (WDSM) o cuando hay eosinofilia con el gen de fusión FIP1L1-PDGFR A, neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamientos en ABL1, FIP1L1-PDGFR A o PDGFR B asociados en la fase crónica o en la fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para la CML: El paciente no fracasó (se excluye el fracaso debido a intolerancia) en el tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina cinasa. Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	IMBRUVICA
Nombres de los medicamentos	IMBRUVICA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia de células pilosas, linfoma linfoplasmocítico, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), linfoma difuso de células B grandes, trastornos linfoproliferativos postrasplante, linfoma de células B de alto grado, linfoma de células del manto.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el linfoma de células del manto: 1) El medicamento solicitado se usará como tratamiento subsiguiente, O 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con rituximab como tratamiento previo al tratamiento de inducción con el régimen RHyperCVAD (rituximab, cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin y dexamethasone), O 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de inducción agresiva. Para la leucemia de células pilosas: El medicamento solicitado se utilizará como agente único para el avance de la enfermedad. Para el linfoma primario del CNS: 1) La enfermedad es recidivante o refractaria O 2) el medicamento solicitado se utiliza para el tratamiento de inducción como agente único. Para el linfoma difuso de células B grandes, el linfoma de células B de alto grado, el linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El medicamento solicitado se utilizará como agente único y como tratamiento de segunda línea o posterior para la enfermedad recidivante o refractaria. Para los trastornos linfoproliferativos postrasplante: El medicamento solicitado se utilizará en pacientes que hayan recibido quimioinmunoterapia previamente.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	IMKELDI
Nombres de los medicamentos	IMKELDI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cordoma recidivante, melanoma cutáneo, sarcoma de Kaposi, enfermedad crónica de injerto contra huésped (cGVHD), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamientos en ABL1, FIP1L1-PDGFR A o PDGFRB asociados en la fase crónica o en la fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: El paciente no puede usar comprimidos de imatinib. Para la leucemia mieloide crónica (CML) o la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ ALL), incluidos los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o gen BCR-ABL. Para la CML: El paciente no fracasó (se excluye el fracaso debido a intolerancia) en el tratamiento previo con un inhibidor de la tirosina cinasa. Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	INBRIJA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	INBRIJA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	INCRELEX
Nombres de los medicamentos	INCRELEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Pacientes pediátricos con epífisis cerradas
Información médica requerida	En el caso del retraso del crecimiento debido a una deficiencia grave primaria del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) o a la delección genética de la hormona del crecimiento (GH) en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH, el paciente cumple con todos los siguientes requisitos antes de comenzar el tratamiento con el medicamento solicitado (solo nuevos inicios): 1) La altura está 3 o más desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo, Y 2) el nivel basal de IGF-1 está 3 o más DE por debajo de la media para niños de la misma edad y sexo Y 3) la prueba de estimulación de la hormona del crecimiento muestra un nivel normal o elevado de esta hormona. En el caso del retraso del crecimiento debido a una deficiencia primaria grave de IGF-1 o a la delección genética de la GH en pacientes que han desarrollado anticuerpos neutralizantes contra la GH, continuación del tratamiento: El paciente está experimentando una mejoría.
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	INLURIYO
Nombres de los medicamentos	INLURIYO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica, Y 2) la enfermedad es positiva para receptores hormonales, negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y presenta una mutación en el gen del receptor de estrógeno 1 (ESR1), Y 3) la enfermedad ha progresado después de al menos una línea de tratamiento endocrino.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	INLYTA
Nombres de los medicamentos	INLYTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma de tiroides (papilar, oncocítico o folicular), sarcoma alveolar de partes blandas, timomas y carcinomas tímicos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: La enfermedad está avanzada, en recaída o en estadio IV.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	INQOVI
Nombres de los medicamentos	INQOVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	INREBIC
Nombres de los medicamentos	INREBIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la cinasa janus 2 (JAK2), neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para neoplasias mieloides, linfoides, o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: La enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SUMINISTROS DE INSULIN
Nombres de los medicamentos	-
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El producto solicitado se está utilizando con insulina.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LIB. INM. ANTES DE LIB. PROL. - HYDROCODONE
Nombres de los medicamentos	HYDROCODONE BITARTRATE ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos, O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para tratar un dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un analgésico opioide y que no puede tratarse adecuadamente con otras opciones, incluidos los opioides de liberación inmediata, Y 2) el paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según sus antecedentes de uso de opioides [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opioides Y 4) esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LIB. INM. ANTES DE LIB. PROL. - METHADONE
Nombres de los medicamentos	METHADONE HCL, METHADONE HYDROCHLORIDE, METHADONE HYDROCHLORIDE I
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos, O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para tratar un dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un analgésico opioide y que no puede tratarse adecuadamente con otras opciones, incluidos los opioides de liberación inmediata, Y 2) el paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según sus antecedentes de uso de opioides [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opioides Y 4) esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LIB. INM. ANTES DE LIB. PROL. - MORPHINE
Nombres de los medicamentos	MORPHINE SULFATE ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se receta para el dolor asociado con el cáncer, la anemia falciforme, una afección terminal o el dolor que se trata mediante cuidados paliativos, O el paciente cumple con todo lo siguiente: 1) El medicamento solicitado se receta para tratar un dolor lo suficientemente intenso y persistente como para requerir un analgésico opioide y que no puede tratarse adecuadamente con otras opciones, incluidos los opioides de liberación inmediata, Y 2) el paciente puede tomar de forma segura la dosis solicitada según sus antecedentes de uso de opioides [Nota: Este medicamento solo debe ser recetado por profesionales de atención médica que tengan conocimientos sobre el uso de opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico]. Y 3) el paciente ha sido evaluado y se mantendrá bajo supervisión para detectar el desarrollo de un trastorno por uso de opioides Y 4) esta solicitud es para la continuación del tratamiento de un paciente que ha estado recibiendo un agente opioide de liberación prolongada durante al menos 30 días O el paciente ha tomado un opioide de liberación inmediata durante al menos una semana.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ISOTRETINOIN
Nombres de los medicamentos	ACCUTANE, AMNESTEEM, CLARAVIS, ISOTRETINOIN, ZENATANE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Acné vulgar grave, rosácea refractaria grave, neuroblastoma, linfoma cutáneo de células T (CTCL) (p. ej., micosis fungoide, síndrome de Sézary), alto riesgo de desarrollar cáncer de piel (cánceres de células escamosas), dermatosis acantolítica transitoria (enfermedad de Grover), queratosis folicular (enfermedad de Darier), ictiosis lamelar, pitiriasis rubra pilaris, queratosis palmoplantar.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ISTURISA
Nombres de los medicamentos	ISTURISA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ITOVEBI
Nombres de los medicamentos	ITOVEBI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del cáncer de mama, la paciente cumple con todos los siguientes criterios: a) La enfermedad es recurrente, localmente avanzada o metastásica, b) la enfermedad es positiva para el receptor hormonal (HR), negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y con mutación en PIK3CA, c) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con fulvestrant y palbociclib, d) la paciente ha tenido progresión de la enfermedad, recaída o recurrencia durante o después de completar el tratamiento endocrino adyuvante.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	COMP. DE IVERMECTIN
Nombres de los medicamentos	IVERMECTIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Ascariasis, larva migrans cutánea, mansonelliasis, sarna, gnatostomiasis, pediculosis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado no se receta para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	IVIG - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ALYGLO, BIVIGAM, FLEBOGAMMA DIF, GAMMAGARD LIQUID, GAMMAGARD LIQUID ERC, GAMMAGARD S/D IGA LESS TH, GAMMAKED, GAMMAPLEX, GAMUNEX-C, OCTAGAM, PANZYGA, PRIVIGEN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	IWILFIN
Nombres de los medicamentos	IWILFIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JAKAFI
Nombres de los medicamentos	JAKAFI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Mielofibrosis de riesgo bajo, neoplasias mieloproliferativas aceleradas o en fase blástica, leucemia linfoblástica aguda (ALL), leucemia mielomonocítica crónica (CMML)-2, síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia, trombocitemia esencial, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2, leucemia prolinfocítica de células T, leucemia de linfocitos grandes granulares de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la policitemia vera: 1) El paciente tiene una respuesta inadecuada, intolerancia o resistencia a la hydroxyurea Y 2) el paciente cumple con UNO de los siguientes criterios: a) El paciente tiene una respuesta inadecuada o intolerancia a Besremi (ropeginterferon alfa-2b-njft) O b) el paciente tiene enfermedad de alto riesgo. Para la leucemia linfoblástica aguda: El paciente tiene una mutación del factor 2 similar al receptor de citocinas (CRLF2) o una mutación asociada con la activación de la vía de señalización Janus cinasa/transductores de señal y activadores de transcripción (JAK/STAT). Para la CMML-2: El medicamento solicitado se utiliza en combinación con un agente hipometilante. Para el síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (MDS/MPN) con neutrofilia: El medicamento solicitado se utiliza como agente único o en combinación con un agente hipometilante. Para la trombocitemia esencial: El paciente tuvo una respuesta inadecuada o pérdida de respuesta a la hydroxyurea, al tratamiento con interferon o a la anagrelide. Para neoplasias mieloides, linfoides, o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2: La enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	JAYPIRCA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	JAYPIRCA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	JIDEYTRO - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	JIDEYTRO
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	JOURNAVX
Nombres de los medicamentos	JOURNAVX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	JYNARQUE
Nombres de los medicamentos	TOLVAPTAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KALYDECO
Nombres de los medicamentos	KALYDECO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones por edad	A partir de 1 mes de vida
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un neumólogo o un médico especializado en el tratamiento de la fibrosis quística, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KANJINTI
Nombres de los medicamentos	KANJINTI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado no resecable, metástasis leptomeníngicas del cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso de útero o carcinosarcoma uterino positivo para HER2 avanzado, recurrente o metastásico, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural, tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico positivo para HER2 localmente avanzado, no resecable o recurrente, cáncer de endometrio positivo para HER2, neoplasias y cánceres de apéndice positivos para HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad presenta amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad es positiva para HER2, Y 2) la enfermedad es irresecable, residual macroscópica (R2) o metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad es positiva para HER2 Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatin y paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento. Para neoplasias y cánceres apendiculares: 1) La enfermedad es positiva para HER2 y presenta genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab o tucatinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	KESIMPTA
Nombres de los medicamentos	KESIMPTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KETOCONAZOLE
Nombres de los medicamentos	KETOCONAZOLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Síndrome de Cushing
Criterios de exclusión	Enfermedad hepática aguda o crónica. Uso concomitante con medicamentos que están contraindicados con comprimidos de ketoconazole: Dofetilide, quinidine, pimozide, cisapride, methadone, disopyramide, dronedarone, ranolazine, ergot alkaloids, irinotecan, lurasidone, midazolam oral, alprazolam, triazolam, felodipine, nisoldipine, tolvaptan, eplerenone, lovastatin, simvastatin o colchicine.
Información médica requerida	Los beneficios potenciales superan los riesgos del tratamiento con ketoconazole oral. En el caso de las infecciones fúngicas sistémicas, el paciente tiene alguno de los siguientes diagnósticos: Blastomycosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, cromomycosis o paracoccidioidomycosis. Para el síndrome de Cushing: El medicamento solicitado se receta a un paciente que no puede tolerar la cirugía o cuando la cirugía no ha sido curativa.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KEYTRUDA
Nombres de los medicamentos	KEYTRUDA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KEYTRUDA QLEX
Nombres de los medicamentos	KEYTRUDA QLEX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KINERET - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	KINERET
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	KISQALI
Nombres de los medicamentos	KISQALI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor hormonal, negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), en combinación con un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Cáncer de endometrio, en combinación con letrozole, para tumores con receptores de estrógeno positivos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	KOMZIFTI
Nombres de los medicamentos	KOMZIFTI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KORLYM
Nombres de los medicamentos	MIFEPRISTONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	KOSELUGO
Nombres de los medicamentos	KOSELUGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Glioma circunscrito, glioma con mutación en el gen de la neurofibromatosis tipo 1 (NF-1), xantoastrocitoma pleomórfico, histiocitosis de células de Langerhans
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para gliomas circunscritos: 1) La enfermedad es recurrente o progresiva, Y 2) la enfermedad cumple con uno de los siguientes criterios: a) Fusión BRAF o mutación activadora BRAF V600E positiva, b) enfermedad de grado 1 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para gliomas con mutación de neurofibromatosis tipo 1 (NF-1) y xantoastrocitomas pleomórficos: La enfermedad es recurrente o progresiva.
Restricciones por edad	Para la neurofibromatosis tipo 1: A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	KRAZATI
Nombres de los medicamentos	KRAZATI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente con mutación KRAS G12C, metástasis cerebrales del sistema nervioso central (CNS) del NSCLC positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma de páncreas positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma ampular positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma de intestino delgado positivo para KRAS-G12C, neoplasias y tipos de cáncer apendiculares positivos para KRAS G12C, cáncer de vías biliares positivo para KRAS G12C (colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático, cáncer de vesícula biliar)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LAPATINIB - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	LAPATINIB DITOSYLATE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LAZCLUZE
Nombres de los medicamentos	LAZCLUZE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el NSCLC: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, Y 2) el paciente presenta deleciones en el exón 19 o mutaciones por sustitución L858R en el exón 21 del gen del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LENALIDOMIDE
Nombres de los medicamentos	LENALIDOMIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras, linfoma de Hodgkin clásico, síndrome mielodisplásico sin anomalía citogenética de delección 5q, síndrome de polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína monoclonal, cambios cutáneos (POEMS), neoplasias mieloproliferativas, sarcoma de Kaposi, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Rosai-Dorfman, linfomas periféricos de células T, linfoma angioinmunoblástico de células T (AITL), linfoma de células T asociado a enteropatía, linfoma epiteliotrópico monomórfico intestinal de células T, linfoma ganglionar periférico de células T, leucemia/linfoma de células T en adultos, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), leucemia linfocítica crónica (CLL)/linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfomas de células B relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trastorno linfoproliferativo monomórfico postrasplante, linfoma difuso de células B grandes, enfermedad de Castleman multicéntrica, linfomas de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome mielodisplásico (MDS): El paciente tiene MDS de menor riesgo con anemia sintomática según el Sistema Internacional de Puntaje Pronóstico Revisado (IPSS-R), el Sistema Internacional de Puntaje Pronóstico (IPSS) o el Sistema de Puntaje Pronóstico basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WPSS). Para las neoplasias superpuestas de síndrome mielodisplásico/neoplasia mieloproliferativa (SMD/NMP): El paciente presenta mutaciones en el gen SF3B1 y trombocitosis.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LENVIMA
Nombres de los medicamentos	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE, LENVIMA 12MG DAILY DOSE, LENVIMA 14 MG DAILY DOSE, LENVIMA 18 MG DAILY DOSE, LENVIMA 20 MG DAILY DOSE, LENVIMA 24 MG DAILY DOSE, LENVIMA 4 MG DAILY DOSE, LENVIMA 8 MG DAILY DOSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma medular de tiroides, carcinoma tiroideo anaplásico, carcinoma endometrial recurrente, carcinoma tímico, melanoma cutáneo irresecable o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de tiroides diferenciado (folicular, papilar u oncocítico): 1) La enfermedad no es susceptible al tratamiento con yodo radiactivo, Y 2) la enfermedad es irresecable, localmente recurrente, persistente o metastásica. Para el carcinoma de células renales (RCC): La enfermedad es avanzada, recurrente o en estadio IV. Para el carcinoma de endometrio (EC): 1) La enfermedad es avanzada, recurrente o metastásica, Y 2) el paciente ha presentado progresión de la enfermedad tras un tratamiento sistémico previo. Para el carcinoma tiroideo anaplásico: 1) La enfermedad es metastásica Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con pembrolizumab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	LEQEMBI
Nombres de los medicamentos	LEQEMBI IQLIK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después de un mínimo de 18 meses de infusiones intravenosas de lecanemab-irmb.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LEUKERAN
Nombres de los medicamentos	LEUKERAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LEUKINE
Nombres de los medicamentos	LEUKINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Profilaxis de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia, la neutropenia en los síndromes mielodisplásicos (MDS), la neutropenia en la anemia aplásica, la neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la neutropenia crónica grave (congénita, cíclica o idiopática), el neuroblastoma
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia, el paciente debe cumplir con los siguientes requisitos: 1) El paciente tiene un cáncer no mieloide y 2) el paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LEUPROLIDE
Nombres de los medicamentos	LEUPROLIDE ACETATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Uso en combinación con la hormona del crecimiento para niños con retraso del crecimiento y pubertad avanzada, tumores recurrentes de las glándulas salivales positivos para receptores de andrógenos, pubertad precoz central
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a un test de agonista de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal de un ensayo de hormona luteinizante (LH) de tercera generación, 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP, 3) el inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para pacientes masculinos.
Restricciones por edad	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LIDOCAINE GEL
Nombres de los medicamentos	GLYDO, LIDOCAINE HCL, LIDOCAINE HCL JELLY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se está usando para anestesia tópica Y 2) si el medicamento solicitado se usará como parte de un producto compuesto, entonces todos los ingredientes activos del producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LIDOCAINE OINT
Nombres de los medicamentos	LIDOCAINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se está usando para anestesia tópica Y 2) si el medicamento solicitado se usará como parte de un producto compuesto, entonces todos los ingredientes activos del producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PARCHE DE LIDOCAINE
Nombres de los medicamentos	LIDOCAINE, LIDOCAN, TRIDACAINE III
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con el cáncer (incluso neuropatía relacionada con el tratamiento [por ejemplo, neuropatía relacionada con la radioterapia o la quimioterapia]).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LIDOCAINE SOLN
Nombres de los medicamentos	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El medicamento solicitado se está usando para anestesia tópica Y 2) si el medicamento solicitado se usará como parte de un producto compuesto, entonces todos los ingredientes activos del producto compuesto están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para uso tópico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LIFYORLI
Nombres de los medicamentos	LIFYORLI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LIVTENCITY
Nombres de los medicamentos	LIVTENCITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en trasplantes, un hematólogo o un oncólogo
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LONSURF
Nombres de los medicamentos	LONSURF
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de esófago localmente avanzado, recidivante o metastásico irresecable. Cáncer gástrico recidivante o localmente avanzado irresecable y cánceres de la unión gastroesofágica. Adenocarcinoma apendicular avanzado o metastásico.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal (incluido el adenocarcinoma apendicular): 1) La enfermedad es avanzada o metastásica, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de segunda línea o posterior. Para el adenocarcinoma gástrico, esofágico o de la unión gastroesofágica, se deben cumplir TODOS los siguientes criterios: 1) La enfermedad es irresecable localmente avanzada, recurrente o metastásica, Y 2) el paciente ha sido tratado previamente con al menos dos líneas previas de quimioterapia.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LORBRENA
Nombres de los medicamentos	LORBRENA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante positivo para cinasa del linfoma anaplásico (ALK), NSCLC recurrente, avanzado o metastásico positivo para el reordenamiento del protooncogén 1 de la proteína tirosina cinasa ROS (ROS1), enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/refractaria positiva para ALK, tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) con translocación de ALK (incluido el sarcoma uterino avanzado, recurrente/metastásico o inoperable para el IMT con translocación de ALK), metástasis cerebrales del sistema nervioso central (CNS) del NSCLC positivo para el reordenamiento de ALK, linfoma difuso de células B grandes positivo para ALK en recaída o refractario, linfoma periférico de células T positivo para ALK recidivante o refractario, glioma difuso pediátrico de alto grado positivo para el reordenamiento de ALK
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico: 1) La enfermedad es positiva para ALK, O 2) la enfermedad es positiva para el reordenamiento de ROS1 y el medicamento solicitado se usa después de la progresión de la enfermedad en uno de los siguientes: Crizotinib, entrectinib, repotrectinib o taletrectinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LUMAKRAS
Nombres de los medicamentos	LUMAKRAS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma de páncreas recurrente, localmente avanzado o metastásico positivo para KRAS G12C, cáncer colorrectal avanzado o irresecable positivo para KRAS G12C, neoplasias y tipos de cáncer de apéndice positivos para KRAS G12C, adenocarcinoma ampular progresivo positivo para KRAS G12C, adenocarcinoma de intestino delgado avanzado o metastásico positivo para KRAS G12C.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el paciente tiene enfermedad positiva para la mutación KRAS G12C.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUMIZYME
Nombres de los medicamentos	LUMIZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la enfermedad de Pompe: El diagnóstico se confirmó mediante un análisis enzimático que demostró una deficiencia de la actividad de la enzima alfa-glucosidasa ácida (GAA) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un médico especialista en el tratamiento de enfermedades metabólicas y/o trastornos de almacenamiento lisosomal, o en consulta con uno
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	LUPRON PED.
Nombres de los medicamentos	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH), LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal en un análisis de hormona luteinizante (LH) de tercera generación Y 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP Y 3) el inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para pacientes masculinos.
Restricciones por edad	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años si es mujer y menos de 13 años si es hombre
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	LUPRON-ENDOMETRIOSIS - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	LUPRON DEPOT (1-MONTH), LUPRON DEPOT (3-MONTH)
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	LYNPARZA
Nombres de los medicamentos	LYNPARZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente, leiomiomas uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: El paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: 1) La enfermedad es recurrente, metastásica o no responde al tratamiento sistémico preoperatorio Y tiene mutación germinal BRCA o mutación PALB2, O 2) la enfermedad es cáncer de mama temprano de alto riesgo y cumple con todos los siguientes: a) Negativo para HER2, b) mutación germinal BRCA, c) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante. Para el cáncer de próstata: 1) El paciente cumple con alguno de los siguientes criterios: a) El paciente tiene una mutación BRCA y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con abiraterone y un corticosteroide oral O b) el paciente tiene una enfermedad con mutación del gen de reparación por recombinación homóloga (HRR) (incluidas las mutaciones BRCA) que ha progresado con un tratamiento previo con un tratamiento dirigido al receptor de andrógenos, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para el cáncer de ovario, de trompas de Falopio o primario de peritoneo: El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento para la enfermedad en estadio II-IV o recidivante que tiene respuesta completa o parcial a la quimioterapia. Para el leiomiomas uterino: 1) La enfermedad es avanzada, recurrente, metastásica o inoperable, Y 2) el paciente ha recibido al menos un tratamiento previo, Y 3) la enfermedad del paciente presenta una alteración en BRCA.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	LYTGOBI
Nombres de los medicamentos	LYTGOBI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Colangiocarcinoma extrahepático
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el colangiocarcinoma: 1) La enfermedad no es resecable, presenta enfermedad residual macroscópica (R2), es localmente avanzada o metastásica, 2) el medicamento solicitado se usa como tratamiento posterior, Y 3) la enfermedad presenta una fusión u otro reordenamiento del gen del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MAVYRET
Nombres de los medicamentos	MAVYRET
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (Clasificación de Child Turcotte Pugh [CTP] B o C).
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por la presencia de ARN del HCV en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [CTP clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (AASLD-IDSA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MEGESTROL
Nombres de los medicamentos	MEGESTROL ACETATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Caquexia relacionada con el cáncer en adultos
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha tenido una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la suspensión oral de megestrol 40 miligramos por mililitro (40 mg/mL).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEKINIST
Nombres de los medicamentos	MEKINIST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman, leucemia de células pilosas
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación en el BRAF Y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con dabrafenib Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) Enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para el melanoma uveal y el hemangioendotelioma epiteloide: El medicamento solicitado se utilizará como agente único. Para el cáncer de ovario, el cáncer de trompas de Falopio y el cáncer primario de peritoneo: El medicamento solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) La enfermedad es positiva para la mutación BRAF V600E Y 2) la enfermedad es resistente al tratamiento con yodo radiactivo (RAI) Y 3) el medicamento solicitado se usará en combinación con dabrafenib. Para la leucemia de células pilosas: 1) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib Y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con inhibidores de BRAF. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con dabrafenib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MEKTOVI
Nombres de los medicamentos	MEKTOVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recidivante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (p. ej., V600E o V600K), Y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con encorafenib, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) Enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con encorafenib Y 3) la enfermedad está avanzada, es recurrente o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MEMANTINE
Nombres de los medicamentos	MEMANTINE HYDROCHLORIDE, MEMANTINE HYDROCHLORIDE E
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes menores de 30 años.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	METHYLPHENIDATE
Nombres de los medicamentos	METHYLPHENIDATE HYDROCHLO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	1) El paciente tiene un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA), O 2) el paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia confirmado por un estudio del sueño O 3) el medicamento solicitado se receta para el tratamiento de la fatiga relacionada con el cáncer después de que se hayan descartado otras causas de fatiga.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	METYROSINE
Nombres de los medicamentos	METYROSINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un antagonista adrenérgico alfa.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	MODAFINIL - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	MODAFINIL
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	MODEYSO
Nombres de los medicamentos	MODEYSO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MONJUVI
Nombres de los medicamentos	MONJUVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfomas de células B relacionados con el VIH, trastornos linfoproliferativos postrasplante, linfomas de células B de grado alto, transformación histológica de linfomas indolentes a linfoma difuso de células B grandes.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso del linfoma difuso de células B grandes (DLBCL), que incluye el DLBCL no especificado y el DLBCL derivado de linfomas de bajo grado, así como la transformación histológica de linfomas indolentes a DLBCL: la enfermedad ha recidivado, es refractaria o progresiva. En el caso del linfoma folicular: la enfermedad ha recidivado, es refractaria o progresiva. Para linfomas de células B relacionados con el VIH, trastornos linfoproliferativos postrasplante y linfomas de células B de alto grado: 1) La enfermedad es recidivante, refractaria o progresiva, Y 2) el medicamento solicitado se está utilizando como tratamiento posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	MOUNJARO
Nombres de los medicamentos	MOUNJARO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	10 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	MRESVIA
Nombres de los medicamentos	MRESVIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la enfermedad del tracto respiratorio inferior (LRTD) y la LRTD grave causada por el virus respiratorio sincicial (RSV): El paciente no ha recibido previamente una vacuna contra el RSV (es decir, Abrysvo, Arexvy, Mresvia).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NAGLAZYME
Nombres de los medicamentos	NAGLAZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El diagnóstico de mucopolisacaridosis VI (síndrome de Maroteaux-Lamy) se confirmó mediante un ensayo enzimático que demostró una deficiencia de la actividad enzimática de N-acetilgalactosamina 4-sulfatasa (arilsulfatasa B) o mediante pruebas genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NERLYNX
Nombres de los medicamentos	NERLYNX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente, metástasis cerebrales de cáncer de mama con resultado positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de cuello de útero con mutación HER2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada, metastásica o no responde al tratamiento sistémico preoperatorio Y el paciente ha recibido al menos dos tratamientos previos, O 2) el paciente cumple todos los siguientes criterios: a) La enfermedad está en estadio temprano O se considera que presenta un alto riesgo de recurrencia, b) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), c) el medicamento solicitado se iniciará después de completar un tratamiento adyuvante basado en trastuzumab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NINLARO
Nombres de los medicamentos	NINLARO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras recidivante/refractaria, macroglobulinemia de Waldenström, linfoma linfoplasmocítico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NITISINONE
Nombres de los medicamentos	NITISINONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la tirosinemia hereditaria tipo 1 (HT-1): El diagnóstico de HT-1 se confirma mediante uno de los siguientes procedimientos: 1) Pruebas bioquímicas (p. ej., detección de succinilacetona en orina), 2) pruebas genéticas, 3) pruebas enzimáticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NUBEQA
Nombres de los medicamentos	NUBEQA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	NUCALA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	NUCALA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	NUEDEXTA
Nombres de los medicamentos	DEXTROMETHORPHAN HYDROBRO, NUEDEXTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el afecto pseudobulbar (PBA), inicial: 1) El paciente tiene un diagnóstico de afecto pseudobulbar debido a una enfermedad o lesión neurológica subyacente Y 2) el paciente está experimentando episodios de PBA caracterizados por episodios involuntarios, repentinos y frecuentes de risa y/o llanto. Para PBA, continuación: El paciente ha tenido una disminución de los episodios de afecto pseudobulbar (PBA) desde que inició el tratamiento con el medicamento solicitado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 4 meses; continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	NUPLAZID
Nombres de los medicamentos	NUPLAZID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe estar antes de la aparición de los síntomas psicóticos.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	NURTEC - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	NURTEC
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	OCTREOTIDE - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	OCTREOTIDE ACETATE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ODOMZO
Nombres de los medicamentos	ODOMZO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OFEV - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	NINTEDANIB ESYLATE, OFEV
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OGIVRI
Nombres de los medicamentos	OGIVRI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado no resecable, metástasis leptomeníngicas del cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso de útero o carcinosarcoma uterino positivo para HER2 avanzado, recurrente o metastásico, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural, tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico positivo para HER2 localmente avanzado, no resecable o recurrente, cáncer de endometrio positivo para HER2, neoplasias y cánceres de apéndice positivos para HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad presenta amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad es positiva para HER2, Y 2) la enfermedad es irresecable, residual macroscópica (R2) o metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad es positiva para HER2 Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatin y paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento. Para neoplasias y cánceres apendiculares: 1) La enfermedad es positiva para HER2 y presenta genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab o tucatinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OGSIVEO
Nombres de los medicamentos	OGSIVEO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	OJEMDA
Nombres de los medicamentos	OJEMDA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de glioma pediátrico de bajo grado (LGG) recidivante o refractario: El tumor del paciente es positivo para a) fusión o reordenamiento del BRAF O b) mutación BRAF V600.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OJJAARA
Nombres de los medicamentos	OJJAARA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica, neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mielofibrosis (MF): 1) El paciente tiene un diagnóstico de MF primaria de riesgo intermedio o alto o MF secundaria (es decir, pospolicitemia vera o posttrombocitemia esencial), Y 2) cualquiera de los siguientes: a) Ambos de los siguientes: i) El paciente tiene anemia definida como hemoglobina menor de 10 gramos por decilitro (g/dL) O tiene anemia dependiente de transfusiones, Y ii) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Jakafi (ruxolitinib), O tiene hemoglobina menor de 8 g/dL, O b) el paciente tiene MF de alto riesgo con esplenomegalia y/o síntomas constitucionales.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OMNIPOD
Nombres de los medicamentos	OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 INT, OMNIPOD 5 DEXCOM G7G6 POD, OMNIPOD 5 LIBRE INTRO KIT, OMNIPOD 5 LIBRE PODS, OMNIPOD DASH INTRO KIT (G, OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Inicial: 1) El paciente tiene diabetes que requiere manejo de insulina con múltiples inyecciones diarias Y 2) el paciente se mide los niveles de glucosa 4 o más veces al día O el paciente está usando un glucómetro de monitoreo continuo, Y 3) si el paciente no tiene diabetes tipo 1, ha presentado alguno de los siguientes casos con el régimen actual para la diabetes: Control glucémico inadecuado, hipoglucemia recurrente, grandes fluctuaciones en la glucosa en sangre, fenómeno del amanecer con hiperglucemia grave persistente a primera hora de la mañana, variaciones glucémicas graves.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ONTRUZANT
Nombres de los medicamentos	ONTRUZANT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado no resecable, metástasis leptomeníngicas del cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso de útero o carcinosarcoma uterino positivo para HER2 avanzado, recurrente o metastásico, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural, tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico positivo para HER2 localmente avanzado, no resecable o recurrente, cáncer de endometrio positivo para HER2, neoplasias y cánceres de apéndice positivos para HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Todas las indicaciones: El paciente tuvo un evento adverso intolerable a Trazimera y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad presenta amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad es positiva para HER2, Y 2) la enfermedad es irresecable, residual macroscópica (R2) o metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad es positiva para HER2 Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatino y paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento. Para neoplasias y cánceres apendiculares: 1) La enfermedad es positiva para HER2 y presenta genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab o tucatinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ONUREG
Nombres de los medicamentos	ONUREG
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma periférico de células T
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	OPIPZA
Nombres de los medicamentos	OPIPZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Trastorno esquizoafectivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) El paciente cumple con los dos requisitos siguientes: a) El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone Y b) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Cobenfy, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar, O 2) el paciente es incapaz de tragar medicamentos orales. Para el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor (MDD): 1) El paciente cumple con los dos siguientes requisitos: a) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazol, olanzapine, quetiapine, Y b) el paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Rexulti, Vraylar, O 2) el paciente es incapaz de tragar medicamentos orales. Para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el trastorno autista: 1) El paciente experimentó una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, risperidone, O 2) el paciente no puede tragar las formulaciones orales. Para el tratamiento del trastorno de Tourette: 1) El paciente ha probado una formulación genérica de aripiprazole o tiene intolerancia al aripiprazole genérico, O 2) el paciente no puede tragar las formulaciones orales. Para el trastorno esquizoafectivo: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, olanzapine, risperidone, ziprasidone, O 2) el paciente no puede tragar formulaciones orales.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	OPSUMIT - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	MACITENTAN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	ORGOVYX
Nombres de los medicamentos	ORGOVYX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ORKAMBI
Nombres de los medicamentos	ORKAMBI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística (CF): El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un neumólogo o un médico especializado en el tratamiento de la fibrosis quística, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ORSERDU
Nombres de los medicamentos	ORSERDU
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es positiva para receptores de estrógeno (ER), negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y presenta una mutación en ESR1 Y 2) la enfermedad es avanzada, recurrente, metastásica o no responde al tratamiento sistémico preoperatorio Y 3) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	OTEZLA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	OTEZLA, OTEZLA XR, OTEZLA/OTEZLA XR 28 DAY T
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	OZEMPIC
Nombres de los medicamentos	OZEMPIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	COMP. DE OZEMPIC
Nombres de los medicamentos	OZEMPIC
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PANRETIN
Nombres de los medicamentos	PANRETIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento tópico de las lesiones cutáneas en pacientes con sarcoma de Kaposi no relacionado con el SIDA
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PAZOPANIB
Nombres de los medicamentos	PAZOPANIB HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma tiroideo (folicular, papilar, oncocítico o medular), sarcoma uterino, condrosarcoma, tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma de células de Merkel
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales: 1) La enfermedad es avanzada o recidivante o está en estadio IV, O 2) el medicamento solicitado se utilizará para el carcinoma de células renales asociado a von Hippel-Lindau (VHL). En el caso del tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irresecable, recurrente/metastásica, ruptura tumoral preoperatoria/intraoperatoria, Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) La enfermedad ha progresado después de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib), b) la enfermedad es un GIST con deficiencia de succinate dehydrogenase (SDH).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PEGASYS - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	PEGASYS
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PEMAZYRE
Nombres de los medicamentos	PEMAZYRE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el colangiocarcinoma: 1) El paciente tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma irresecable, con enfermedad residual macroscópica (R2), localmente avanzado o metastásico, Y 2) el paciente ha recibido un tratamiento previo, Y 3) la enfermedad presenta una fusión u otro reordenamiento del gen del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PERAMPANEL
Nombres de los medicamentos	PERAMPANEL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Xcopri (si el paciente tiene 18 años de edad o más). Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones tonicoclónicas generalizadas primarias: 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico.
Restricciones por edad	Convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): A partir de los 4 años. Convulsiones tonicoclónicas generalizadas primarias: 12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	PHENYLBUTYRATE
Nombres de los medicamentos	SODIUM PHENYLBUTYRATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento crónico de los trastornos del ciclo de la urea (UCD): El diagnóstico de UCD se confirmó mediante pruebas enzimáticas, bioquímicas o genéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PHESGO
Nombres de los medicamentos	PHESGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PIMECROLIMUS
Nombres de los medicamentos	PIMECROLIMUS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Psoriasis en la cara, los genitales o los pliegues de la piel.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica (eccema) de leve a moderada: El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: 1) La enfermedad afecta áreas sensibles de la piel (p. ej., cara, genitales o pliegues cutáneos) O 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a al menos un agente para el tratamiento de primera línea (p. ej., corticosteroide tópico de potencia media o alta). Para todas las indicaciones: El medicamento solicitado se receta para uso crónico no continuo o a corto plazo.
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	PIQRAY
Nombres de los medicamentos	PIQRAY 200MG DAILY DOSE, PIQRAY 250MG DAILY DOSE, PIQRAY 300MG DAILY DOSE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente positivo para el receptor hormonal (HR), negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), con mutación en la subunidad catalítica alfa (PIK3CA) de la fosfatidilinositol 3-cinasa en combinación con fulvestrant
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PIRFENIDONE
Nombres de los medicamentos	PIRFENIDONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis pulmonar idiopática (IPF) (solo nuevos inicios): 1) Se han excluido otras causas de fibrosis pulmonar Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: a) Un estudio mediante tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax o una biopsia de pulmón revela el patrón habitual de neumonía intersticial (UIP), O b) el estudio mediante HRCT del tórax revela un resultado distinto del patrón de UIP (p. ej., UIP probable, indeterminado para UIP) y el diagnóstico está respaldado por una biopsia de pulmón o por una discusión multidisciplinaria entre al menos un radiólogo y un neumólogo con experiencia en fibrosis pulmonar idiopática si no se ha realizado una biopsia de pulmón. Para la IPF (continuación del tratamiento): El paciente ha presentado una respuesta beneficiosa al tratamiento (p. ej., una ralentización del deterioro clínico).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un neumólogo o especialista en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática, o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	POMALYST
Nombres de los medicamentos	POMALIDOMIDE, POMALYST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Amiloidosis sistémica de cadenas ligeras recidivante/refractaria, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mieloma múltiple: 1) El paciente ha recibido al menos un tratamiento previo, O 2) la enfermedad afecta el sistema nervioso central (CNS).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	POSACONAZOLE
Nombres de los medicamentos	POSACONAZOLE DR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se utilizará por vía oral. Para el tratamiento de la aspergilosis invasiva y la profilaxis de las infecciones invasivas por <i>Aspergillus</i> y <i>Candida</i> : El paciente pesa más de 40 kilogramos.
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Tratamiento: 3 meses, profilaxis: 6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PP-ACH - AMOXAPINE
Nombres de los medicamentos	AMOXAPINE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, hydroxyzine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PP-ACH - DICYCLOMINE
Nombres de los medicamentos	DICYCLOMINE HCL, DICYCLOMINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, hydroxyzine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PP-ACH - PAROXETINE
Nombres de los medicamentos	PAROXETINE HCL, PAROXETINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si el paciente toma uno o más medicamentos anticolinérgicos adicionales (p. ej., oxybutynin, meclizine, paroxetine, amitriptyline, hydroxyzine, cyclobenzaprine) con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar varios medicamentos anticolinérgicos es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos anticolinérgicos en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	PREGABALIN - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	PREGABALIN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PREVYMIS
Nombres de los medicamentos	PREVYMIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la profilaxis de la infección o enfermedad por citomegalovirus (CMV) en el trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT): 1) El paciente es seropositivo para CMV Y 2) el paciente es receptor de un HSCT alogénico. Para la profilaxis de la enfermedad por CMV en el trasplante renal: 1) El paciente es seronegativo para CMV Y 2) el paciente es un receptor de trasplante renal de alto riesgo.
Restricciones por edad	HSCT: A partir de los 6 meses; trasplante de riñón: 12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	7 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PROCRIT - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	PROCRIT
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	PULMOZYME
Nombres de los medicamentos	PULMOZYME
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un neumólogo o un médico especializado en el tratamiento de la fibrosis quística, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	PYRIMETHAMINE - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	PYRIMETHAMINE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	PYZCHIVA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	PYZCHIVA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	QINLOCK
Nombres de los medicamentos	QINLOCK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) para enfermedad residual, irresecable, con ruptura tumoral, recidivante o progresiva. Melanoma cutáneo metastásico o irresecable.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para tumores del estroma gastrointestinal (GIST) residuales, irresecables, con ruptura tumoral, avanzados, recurrentes/metastásicos o progresivos: 1) El paciente ha recibido tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la quinasa, incluido imatinib O 2) el paciente ha recibido tratamiento previo con imatinib y es intolerante a sunitinib de segunda línea. Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable, Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de KIT, Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	QUETIAPINE XR
Nombres de los medicamentos	QUETIAPINE FUMARATE ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento monoterapéutico de mantenimiento en el trastorno bipolar I, tratamiento monoterapéutico del trastorno de ansiedad generalizada, tratamiento monoterapéutico del trastorno depresivo mayor
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Si el paciente tiene 65 años o más Y está usando dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam, zolpidem) con el medicamento solicitado, el médico determinó que es médicamente necesario tomar múltiples medicamentos activos para el CNS. [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el CNS en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas]. Para el tratamiento de la esquizofrenia: El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine de liberación inmediata, risperidone, ziprasidone. Para el tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos asociados con el trastorno bipolar I o el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar I: El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, olanzapine, quetiapine de liberación inmediata, risperidone, ziprasidone. Para el tratamiento agudo de los episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar I: El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Lurasidone, olanzapine, quetiapine de liberación inmediata. Para el tratamiento agudo de los episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar II: El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la quetiapine genérica de liberación inmediata. Para el tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente tuvo una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, olanzapine, quetiapine de liberación inmediata.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	QUININE SULFATE
Nombres de los medicamentos	QUININE SULFATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Babesiosis, malaria por <i>Plasmodium vivax</i> sin complicaciones.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la babesiosis: El medicamento solicitado se utiliza en combinación con clindamycin.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	QULIPTA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	QULIPTA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	RALDESY
Nombres de los medicamentos	RALDESY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente no puede tragar los comprimidos de trazodone.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

<i>Grupo de autorización previa</i>	REEMPLORO - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
<i>Nombres de los medicamentos</i>	REEMPLORO
<i>Indicador de la indicación de PA</i>	-
<i>Usos para una indicación no autorizada</i>	-
<i>Criterios de exclusión</i>	-
<i>Información médica requerida</i>	-
<i>Restricciones por edad</i>	-
<i>Restricciones de personas autorizadas a dar recetas</i>	-
<i>Duración de la cobertura</i>	-
<i>Otros criterios</i>	-

Grupo de autorización previa	REMICADE
Nombres de los medicamentos	INFLIXIMAB
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) El paciente (pt) cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con methotrexate (MTX), b) el paciente presenta intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) Ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, b) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante activa (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), O el paciente tiene una contraindicación que impediría probar con AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/ingle, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10 % del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo para nuevos inicios): El paciente tiene una enfermedad grave y resistente al tratamiento. Para la uveítis (solo para nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) el paciente tiene una contraindicación que impediría probar el tratamiento inmunosupresor para la uveítis. Para todas las indicaciones: El paciente presentó un evento adverso intolerable a Renflexis y ese evento adverso NO se atribuyó al ingrediente activo como se describe en la información de prescripción. Para todas las indicaciones (continuación del tratamiento): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva.
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	RENFLEXIS
Nombres de los medicamentos	RENFLEXIS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Behcet, hidradenitis supurativa, sarcoidosis, arteritis de Takayasu, uveítis
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) El paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con methotrexate (MTX), b) el paciente presenta intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para MTX, b) ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Para la espondilitis anquilosante (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) O 2) el paciente tiene una contraindicación que le impediría probar con medicamentos AINE. Para la psoriasis en placas de moderada a grave (nuevos inicios): 1) Las áreas cruciales del cuerpo (p. ej., manos, pies, cara, cuero cabelludo, cuello, genitales/íngles, áreas intertriginosas) se ven afectadas en el momento del diagnóstico O 2) el paciente tiene psoriasis grave que justifica un tratamiento biológico como primera línea (es decir, al menos el 10 % del área de la superficie corporal está afectada) O 3) al menos el 3 % del área de la superficie corporal (BSA) está afectada y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a la fototerapia (p. ej., UVB, PUVA) o al tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin, b) el tratamiento farmacológico con methotrexate, cyclosporine o acitretin está contraindicado.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Para la hidradenitis supurativa (solo nuevos inicios): El paciente tiene una enfermedad grave y refractaria. Para la uveítis (solo para nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia al tratamiento inmunosupresor para la uveítis O 2) el paciente tiene una contraindicación que impediría probar el tratamiento inmunosupresor para la uveítis. Para todas las indicaciones (continuación del tratamiento): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	REPATHA
Nombres de los medicamentos	REPATHA, REPATHA SURECLICK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	RETEVMO
Nombres de los medicamentos	RETEVMO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para reordenamiento del gen RET (reordenado durante la transfección), metástasis cerebrales del NSCLC positivo para la fusión de RET, histiocitosis de células de Langerhans con fusión del gen RET, enfermedad de Erdheim-Chester sintomática o recidivante/refractaria con fusión del gen RET, enfermedad de Rosai-Dorfman sintomática o recidivante/refractaria con fusión del gen RET, cáncer primario oculto con fusión del gen RET, tumores sólidos con fusión del gen RET para enfermedad recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC), el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) La enfermedad es recurrente, avanzada o metastásica Y 2) el tumor se reordena durante la transfección (RET) con fusión positiva o reordenamiento RET positivo. En el caso de los tumores sólidos, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) La enfermedad es recurrente, persistente, progresiva, irresecable, localmente avanzada o metastásica, 2) el paciente ha progresado durante o después de un tratamiento sistémico previo o no tiene opciones de tratamiento alternativo satisfactorias Y 3) el tumor es positivo para la fusión de RET.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	REVCOVI
Nombres de los medicamentos	REVCOVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REVUFORJ
Nombres de los medicamentos	REVUFORJ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	REZDIFFRA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	REZDIFFRA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	REZLIDHIA
Nombres de los medicamentos	REZLIDHIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	REZUROCK
Nombres de los medicamentos	REZUROCK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	12 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RINVOQ - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	RINVOQ, RINVOQ LQ
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ROMVIMZA
Nombres de los medicamentos	ROMVIMZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ROZLYTREK
Nombres de los medicamentos	ROZLYTREK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente positivo para ROS1, tumores sólidos positivos no metastásicos para la fusión del gen de receptor tirosina-cinasa neurotrófico (NTRK), melanoma cutáneo positivo para la fusión del gen ROS1
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos positivos para la fusión del gen del receptor de tirosina cinasa neurotrófico (NTRK): La enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas positivo para ROS1: El paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RUBRACA
Nombres de los medicamentos	RUBRACA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leiomiomas uterinos, adenocarcinoma de páncreas, cáncer epitelial de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario avanzado (estadios II-IV)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con una mutación deletérea del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) (de línea germinal o somática): 1) El paciente ha sido tratado con tratamiento dirigido al receptor de andrógenos, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para el tratamiento de mantenimiento del cáncer de ovario, trompas de Falopio y peritoneal primario con mutación en BRCA: 1) El paciente tiene enfermedad en estadio II-IV o recurrente y está en respuesta completa o parcial a la quimioterapia. Para el leiomioma uterino: 1) El paciente ha recibido al menos un tratamiento previamente Y 2) el paciente tiene una enfermedad con alteración de BRCA. Para el adenocarcinoma de páncreas: 1) El paciente tiene enfermedad metastásica Y 2) el paciente tiene mutaciones somáticas o germinales en BRCA o PALB-2.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	RUFINAMIDE
Nombres de los medicamentos	RUFINAMIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	A partir de 1 año
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	RYDAPT
Nombres de los medicamentos	RYDAPT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos de FGFR1 o FLT3, mastocitosis sistémica indolente sintomática o mastocitosis sistémica latente.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): La AML es positiva para la mutación tirosina-cinasa 3 (FLT3) similar a FMS. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamientos del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos tipo 1 (FGFR1) o FLT3: La enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SANTYL
Nombres de los medicamentos	SANTYL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el desbridamiento de úlceras dérmicas crónicas y áreas con quemaduras graves, continuación: 1) La herida ha sido evaluada desde el inicio del tratamiento con el medicamento solicitado Y 2) el tejido de granulación no está bien establecido.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SAPROPTERIN
Nombres de los medicamentos	JAVYGTOR, SAPROPTERIN DIHYDROCHLORI, ZELVYSIA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fenilcetonuria (PKU): En el caso de los pacientes que aún no han recibido un ensayo terapéutico con el medicamento solicitado, el nivel de fenilalanina previo al tratamiento (incluso antes del tratamiento dietético) es superior a 6 mg/dL (360 micromol/L). En el caso de los pacientes que completaron un ensayo terapéutico con el medicamento solicitado, el paciente debe haber experimentado una mejoría (p. ej., reducción de los niveles de fenilalanina en sangre, mejoría de los síntomas neuropsiquiátricos).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 2 meses; continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SCEMBLIX
Nombres de los medicamentos	SCEMBLIX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides y/o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en fase crónica o fase blástica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML) en fase crónica: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: A) El paciente tiene un diagnóstico reciente de CML y tiene resistencia o intolerancia al imatinib, dasatinib o nilotinib, O B) el paciente ha tratado previamente la CML Y al menos uno de los tratamientos anteriores fue imatinib, dasatinib o nilotinib, O C) el paciente es positivo para la mutación T315I, Y 3) el paciente es negativo para las siguientes mutaciones: A337T, P465S, M224V y F359V/I/C.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SIGNIFOR
Nombres de los medicamentos	SIGNIFOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un endocrinólogo o en consulta con este
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SILDENAFIL - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	SILDENAFIL CITRATE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SIRTURO - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	SIRTURO
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	SKYRIZI - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	SKYRIZI, SKYRIZI PEN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SOMATULINE DEPOT
Nombres de los medicamentos	LANREOTIDE ACETATE, SOMATULINE DEPOT
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Control tumoral de los tumores neuroendocrinos (NET) (incluidos los tumores de pulmón, timo, tumores neuroendocrinos de grado 3 bien diferenciados que no son de origen gastroenteropancreático con biología favorable y feocromocitoma/paraganglioma)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la acromegalia, inicial: 1) El paciente tiene un nivel alto de factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1) antes del tratamiento para su edad o sexo según el rango de referencia del laboratorio, Y 2) El paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a la cirugía o radioterapia O la cirugía o la radioterapia no son una opción para el paciente. Para la acromegalia, continuación del tratamiento: El nivel de IGF-1 del paciente ha disminuido o se ha normalizado desde el inicio del tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SOMAVERT - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	SOMAVERT
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	SORAFENIB
Nombres de los medicamentos	SORAFENIB TOSYLATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia mieloide aguda, sarcoma de tejidos blandos (subtipos de angiosarcoma, tumores desmoides/fibromatosis agresiva y tumor fibroso solitario), tumor del estroma gastrointestinal, carcinoma medular de tiroides, osteosarcoma, cordoma recurrente, cáncer de ovario, cáncer de trompas de Falopio, subtipos de cáncer peritoneal primario (carcinosarcoma, carcinoma de células claras de ovario, neoplasias mucinosas de ovario, carcinoma endometriode de grado 1, carcinoma seroso de bajo grado), neoplasias linfoides y/o mieloides con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica, tumores de glándulas salivales
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda: La enfermedad es positiva para la mutación de duplicación interna en tándem (ITD) de la tirosina quinasa 3 similar a FMS (FLT3) y se cumple cualquiera de los siguientes: 1) El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento de mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas, O 2) la enfermedad ha recidivado/es refractaria. Para el carcinoma de tiroides: La histología es folicular, papilar, oncocítica o medular. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irresecable, con ruptura tumoral preoperatoria/intraoperatoria o recurrente/metastásica, Y 2) la enfermedad ha progresado después del uso de al menos dos tratamientos aprobados por la FDA (p. ej., imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	STELARA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	STELARA, USTEKINUMAB
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	STIVARGA
Nombres de los medicamentos	STIVARGA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Osteosarcoma, sarcoma de Ewing, angiosarcoma, sarcoma de tejidos blandos retroperitoneal/intraabdominal, rabdomiosarcoma, sarcomas de tejidos blandos de las extremidades, pared corporal, cabeza y cuello, neoplasias y cánceres apendiculares, sarcoma uterino
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad está avanzada o es metastásica, Y 2) el paciente ha recibido un tratamiento previo, Y 3) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Lonsurf (trifluridine/tipiracil). Para neoplasias y cánceres apendiculares: El paciente ha recibido un tratamiento previo.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	SUNITINIB
Nombres de los medicamentos	SUNITINIB MALATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Carcinoma de tiroides (folicular, medular, papilar y oncocítico), sarcoma de tejido blando (angiosarcoma, tumor fibroso solitario, sarcoma alveolar de partes blandas y subtipos de condrosarcoma mixoide extraesquelético), cordoma recidivante, timomas y carcinoma tímico, neoplasias linfóide o mieloide con eosinofilia y reordenamiento de FLT3 en fase crónica o blástica, feocromocitoma, paraganglioma, tumores neuroendocrinos bien diferenciados de grado 3
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el carcinoma de células renales (RCC): 1) La enfermedad es recidivante, avanzada o en estadio IV O 2) el medicamento solicitado se utiliza como tratamiento adyuvante para pacientes con alto riesgo de RCC recidivante después de una nefrectomía.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	SYMPAZAN
Nombres de los medicamentos	SYMPAZAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Convulsiones asociadas al síndrome de Dravet, tratamiento adyuvante para la epilepsia focal refractaria
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS): 2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	SYNAREL
Nombres de los medicamentos	SYNAREL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la pubertad precoz central (CPP): Los pacientes que actualmente no reciben tratamiento deben cumplir con todos los siguientes criterios: 1) El diagnóstico de CPP se confirmó mediante una respuesta puberal a una prueba con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) O un nivel puberal en un análisis de hormona luteinizante (LH) de tercera generación Y 2) la evaluación de la edad ósea frente a la edad cronológica respalda el diagnóstico de CPP Y 3) el inicio de características sexuales secundarias ocurrió antes de los 8 años de edad para las pacientes femeninas O antes de los 9 años de edad para pacientes masculinos.
Restricciones por edad	CPP: El paciente debe tener menos de 12 años de edad si es mujer y menos de 13 años de edad si es hombre, endometriosis: 18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	CPP: Año del plan, endometriosis: Máximo 6 meses en total
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TABLOID
Nombres de los medicamentos	TABLOID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia linfocítica aguda (ALL), glioma circunscrito
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TABRECTA
Nombres de los medicamentos	TABRECTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación de transición mesenquimatoso-epitelial (MET) de alto nivel, metástasis cerebrales del sistema nervioso central (CNS) del NSCLC con mutación en el exón 14 del gen MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico (NSCLC): El tumor es positivo para la mutación de omisión del exón 14 de la transición mesenquimatoso-epitelial (MET).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TADALAFIL (BPH)
Nombres de los medicamentos	TADALAFIL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Disfunción eréctil
Información médica requerida	Para la hiperplasia prostática benigna (BPH): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para los dos siguientes: 1) alfabloqueante, 2) inhibidor de la 5-alfa reductasa (5-ARI).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TADALAFIL (PAH) - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ALYQ, TADALAFIL
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TAFINLAR
Nombres de los medicamentos	TAFINLAR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, leucemia de células pilosas.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para una mutación activadora BRAF V600 (por ejemplo, V600E o V600K) Y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con trametinib Y 3) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de las siguientes: a) Enfermedad irreseccable, reseccable limitada o metastásica, b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para el melanoma uveal: El medicamento solicitado se utilizará como agente único. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como agente único o en combinación con trametinib. Para el cáncer de ovario, el cáncer de trompas de Falopio y el cáncer primario de peritoneo: El medicamento solicitado se utilizará para tratar la enfermedad persistente o recurrente. Para el carcinoma papilar, folicular y oncocítico de tiroides: 1) El tumor es positivo para BRAF V600E Y 2) la enfermedad es resistente al tratamiento con yodo radiactivo (RAI) Y 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib. Para la histiocitosis de células de Langerhans y la enfermedad de Erdheim-Chester: La enfermedad es positiva para una mutación BRAF V600E. Para la leucemia de células pilosas: 1) El medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib Y 2) el paciente no ha recibido tratamiento previo con terapia con inhibidores de BRAF. Para tumores sólidos: 1) El tumor es positivo para una mutación BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con trametinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TAGRISSO - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	TAGRISSO
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	TALZENNA
Nombres de los medicamentos	TALZENNA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente, localmente avanzada, metastásica o no responde al tratamiento sistémico preoperatorio, Y 2) la enfermedad presenta una mutación germinal en BRCA.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TARPEYO - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	TARPEYO
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TASIGNA
Nombres de los medicamentos	NILOTINIB HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leucemia linfoblástica aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph+ ALL), tumor del estroma gastrointestinal (GIST), neoplasias mieloides o linfoides con eosinofilia y reordenamiento de ABL1 en la fase crónica o en la fase blástica, sinovitis villonodular pigmentada/tumor de células gigantes tenosinoviales, melanoma cutáneo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide crónica (CML), incluidos los pacientes con diagnóstico reciente de CML y los pacientes que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente presentó resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la CML, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V y F359V/C/I. Para la leucemia linfoblástica aguda (ALL), incluidos los pacientes que han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas: 1) El diagnóstico se confirmó mediante la detección del cromosoma Filadelfia o del gen BCR-ABL Y 2) si el paciente ha presentado resistencia a un inhibidor alternativo de la tirosina cinasa para la ALL, el paciente es negativo para las mutaciones T315I, Y253H, E255K/V, F359V/C/I y G250E. Para el tumor del estroma gastrointestinal (GIST): 1) La enfermedad es residual, irresecable, recidivante/progresiva o metastásica/con ruptura tumoral Y 2) la enfermedad ha progresado con al menos 2 tratamientos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (por ejemplo, imatinib, sunitinib, regorafenib, ripretinib). Para el melanoma cutáneo: 1) La enfermedad es metastásica o irresecable Y 2) la enfermedad es positiva para mutaciones activadoras de c-KIT Y 3) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior Y 4) el paciente ha tenido progresión de la enfermedad, intolerancia o riesgo de progresión con el tratamiento dirigido a BRAF.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TASIMELTEON
Nombres de los medicamentos	TASIMELTEON
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas: 1) Para el tratamiento inicial y la continuación del tratamiento, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: a) Diagnóstico de ceguera total en los dos ojos (p. ej., retinas no funcionales) y b) incapacidad para percibir la luz en los dos ojos, Y 2) si recibe actualmente tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios: a) Aumento de las horas totales de sueño durante la noche o b) disminución de la duración de siestas diurnas. Para los trastornos del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis (SMS): 1) Para el tratamiento inicial y el tratamiento de continuación, el paciente tiene un diagnóstico confirmado de SMS, Y 2) si actualmente está en tratamiento con el medicamento solicitado, el paciente presentó una mejoría en la calidad del sueño desde que comenzó el tratamiento.
Restricciones por edad	No ajustado a las 24 horas: 18 años o más, SMS: 16 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en trastornos del sueño, neurólogo o psiquiatra, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses; continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TAVNEOS
Nombres de los medicamentos	TAVNEOS
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la vasculitis asociada a autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) activa grave (granulomatosis con poliangitis [GPA] y poliangitis microscópica [MPA]): 1) El diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA se confirmó mediante pruebas serológicas que demostraron la presencia de anticuerpos antimieloperoxidasa (MPO) o anticuerpos antiproteinasa 3 (PR3), Y 2) el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento adyuvante en combinación con el tratamiento estándar. Para la vasculitis grave asociada a ANCA, continuación del tratamiento: El paciente ha experimentado mejoría con el tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TAZAROTENE - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	TAZAROTENE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ
Nombres de los medicamentos	TECENTRIQ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Mantenimiento con un solo agente para el cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extendido después del tratamiento combinado con etoposide y carboplatin, tratamiento posterior para el mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico y mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, carcinoma primario de la uretra, cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) en estadio IIIB, cáncer de cuello de útero (carcinoma neuroendocrino de células pequeñas del cuello uterino [NECC] persistente, recurrente o metastásico, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso del cuello uterino), carcinoma tímico, cáncer de colon, leucemia linfocítica crónica (CLL) con transformación de Richter, adenocarcinoma de intestino delgado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en estadio IB a IIIB Y el medicamento solicitado se usará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para el carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab. Para el melanoma: 1) el paciente tiene enfermedad BRAF 600 positiva, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable o metastásica, b) como tratamiento de reinducción. En el caso del cáncer de colon y el adenocarcinoma de intestino delgado: El paciente presenta una deficiencia en la reparación de errores de emparejamiento/alta inestabilidad de microsatélites (dMMR/MSI-H) o una enfermedad por mutación en la polimerasa épsilon/delta (POLE/POLD1).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TECENTRIQ HYBREZA
Nombres de los medicamentos	TECENTRIQ HYBREZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de cuello de útero (carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de cuello de útero [NECC] persistente, recurrente o metastásico, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso de cuello de útero), cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) en estadio IIIB, tratamiento posterior para el mesotelioma peritoneal, el mesotelioma pericárdico y el mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, tratamiento de mantenimiento con un solo medicamento para el cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio extendido después del tratamiento combinado con etoposide y carboplatin, carcinoma primario de uretra, carcinoma tímico, leucemia linfocítica crónica con transformación de Richter, cáncer de colon, adenocarcinoma de intestino delgado.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): 1) El paciente tiene enfermedad recidivante, avanzada o metastásica O 2) el paciente tiene enfermedad en estadio IB a IIIB Y el medicamento solicitado se usará como tratamiento adyuvante después de la resección y la quimioterapia adyuvante. Para el carcinoma hepatocelular, el medicamento solicitado se utilizará como tratamiento inicial en combinación con bevacizumab. En el caso del cáncer de colon y el adenocarcinoma de intestino delgado: El paciente presenta una deficiencia en la reparación de errores de emparejamiento/alta inestabilidad de microsatélites (dMMR/MSI-H) o una enfermedad por mutación en la polimerasa épsilon/delta (POLE/POLD1). Para el melanoma: 1) el paciente tiene enfermedad BRAF 600 positiva, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará para cualquiera de los siguientes: a) enfermedad irresecable o metastásica, b) como tratamiento de reinducción.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TEMAZEPAM
Nombres de los medicamentos	TEMAZEPAM
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento a corto plazo del insomnio: 1) La persona autorizada a dar recetas debe reconocer que el beneficio del tratamiento con este medicamento recetado supera los posibles riesgos para el paciente. (Nota: El uso de este medicamento es potencialmente inapropiado en adultos mayores, lo que significa que es mejor evitarlo, recetarlos en dosis reducidas o utilizarlos con precaución o controlarlo cuidadosamente). Y 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para doxepin (3 mg o 6 mg) o ramelteon, Y 3) si el paciente está usando dos o más medicamentos activos adicionales para el sistema nervioso central (CNS) (p. ej., lorazepam, quetiapine, sertraline, clonazepam, escitalopram, alprazolam) junto con el medicamento solicitado, la persona autorizada a dar recetas ha determinado que tomar múltiples medicamentos activos para el sistema nervioso central (CNS) es médicamente necesario para el paciente [Nota: El uso de múltiples medicamentos activos que actúan sobre el sistema nervioso central (CNS) en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de caídas].
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Esta autorización previa solo se aplica a pacientes de 65 años o más.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TEPMETKO
Nombres de los medicamentos	TEPMETKO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) recurrente, NSCLC con amplificación de transición mesenquimatoso-epitelial (MET) de alto nivel, cáncer del sistema nervioso central (CNS) que incluye metástasis cerebrales y metástasis leptomeningeas procedentes del NSCLC con mutación en el exón 14 del gen MET
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico (NSCLC): El tumor es positivo para la mutación de omisión del exón 14 de la transición mesenquimatoso-epitelial (MET).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	COMP. DE TERBINAFINE
Nombres de los medicamentos	TERBINAFINE HCL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la onicomicosis debida a dermatofitos (tiña ungueal), el paciente cumple con TODO lo siguiente: 1) El paciente usará el medicamento solicitado por vía oral Y 2) el medicamento solicitado se receta para uso no continuo.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	12 semanas
Otros criterios	La autorización previa se aplica a más de 90 días acumulados de tratamiento por año.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE TESTOSTERONE CYPIONATE
Nombres de los medicamentos	DEPO-TESTOSTERONE, TESTOSTERONE CYPIONATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal bajas confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE TESTOSTERONE ENANTHATE
Nombres de los medicamentos	TESTOSTERONE ENANTHATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal bajas confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TETRABENAZINE - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	TETRABENAZINE
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	THALOMID
Nombres de los medicamentos	THALOMID
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Úlceras aftosas relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), estomatitis aftosa recurrente, sarcoma de Kaposi, enfermedad de Castleman multicéntrica, enfermedad de Rosai-Dorfman, histiocitosis de células de Langerhans, meduloblastoma pediátrico, tratamiento de la enfermedad crónica de injerto contra huésped
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la CGVHD: 1) El medicamento solicitado se receta para tratar la enfermedad Y 2) el paciente no responde a otros tratamientos (p. ej., corticosteroides, azathioprine, tacrolimus, cyclosporine).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TIBSOVO
Nombres de los medicamentos	TIBSOVO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Condrosarcoma convencional (grados 1-3) o desdiferenciado, cánceres del sistema nervioso central (CNS) (astrocitoma, oligodendroglioma, glioma de grado alto)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: El paciente tiene una enfermedad con una mutación susceptible en el gen de la isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1). Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) El paciente tiene AML recién diagnosticada y cumple con uno de los siguientes criterios: a) 75 años de edad o más b) el paciente rechaza o tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva, O 2) el medicamento solicitado se usará como tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado O 3) el paciente tiene AML recidivante o refractaria, O 4) el tratamiento se usará para el tratamiento de consolidación. Para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable, con enfermedad residual macroscópica tras la resección (R2) o metastásico: El medicamento solicitado se utilizará como tratamiento posterior para la progresión de la enfermedad durante o después de un tratamiento sistémico. Para los cánceres del CNS: El medicamento solicitado se utilizará para uno de los siguientes fines: 1) Glioma de alto grado recurrente o progresivo, O 2) oligodendroglioma o astrocitoma recurrente o progresivo, O uso como tratamiento adyuvante.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TOBI INHALER
Nombres de los medicamentos	TOBI PODHALER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Bronquiectasias sin fibrosis quística
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las bronquiectasias con fibrosis quística y sin fibrosis quística: 1) Se observa <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en las vías respiratorias.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TOBRAMYCIN
Nombres de los medicamentos	TOBRAMYCIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Bronquiectasias sin fibrosis quística
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para las bronquiectasias con fibrosis quística y sin fibrosis quística: 1) Se observa <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en los cultivos de las vías respiratorias del paciente, O 2) el paciente tiene antecedentes de infección o colonización por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en las vías respiratorias.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TOFACITINIB
Nombres de los medicamentos	TOFACITINIB CITRATE, TOFACITINIB CITRATE ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para artritis reumatoide de actividad moderada a grave, espondilitis anquilosante activa, artritis idiopática juvenil poliarticular activa y artritis psoriásica activa (solo para nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab, etanercept). Para la colitis ulcerosa activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF) (por ejemplo, adalimumab). Para todas las indicaciones (continuación del tratamiento): El paciente ha experimentado una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TOPICAL TESTOSTERONES
Nombres de los medicamentos	TESTOSTERONE, TESTOSTERONE PUMP
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Disforia de género
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, tratamiento inicial: El paciente tiene al menos dos concentraciones séricas de testosterona total matinal bajas confirmadas según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para el hipogonadismo primario o el hipogonadismo hipogonadotrópico, continuación del tratamiento: El paciente presentó una concentración sérica de testosterona total matinal baja confirmada según el rango de referencia del laboratorio o las pautas de práctica actuales antes de comenzar el tratamiento con testosterona [Nota: No se ha establecido la seguridad y eficacia de los productos de testosterona en pacientes con “hipogonadismo relacionado con la edad” (también conocido como “hipogonadismo de inicio tardío”)]. Para la disforia de género: El paciente es capaz de tomar una decisión informada de participar en el tratamiento hormonal.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TOPICAL TRETINOIN
Nombres de los medicamentos	TRETINOIN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TOREMIFENE
Nombres de los medicamentos	TOREMIFENE CITRATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Prolongación del intervalo QT congénita o adquirida (síndrome de QT largo), hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia no corregida.
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRAZIMERA
Nombres de los medicamentos	TRAZIMERA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), cáncer de mama positivo para HER2 recurrente o avanzado no resecable, metástasis leptomeningeas del cáncer de mama positivo para HER2, metástasis cerebrales del cáncer de mama positivo para HER2, adenocarcinoma de esófago y de la unión esofagogástrica positivo para HER2, carcinoma seroso de útero o carcinosarcoma uterino positivo para HER2 avanzado, recurrente o metastásico, cáncer colorrectal con amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural, tumor de glándulas salivales recurrente positivo para HER2, carcinoma hepatobiliar positivo para HER2 (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), adenocarcinoma gástrico positivo para HER2 localmente avanzado, no resecable o recurrente, cáncer de endometrio positivo para HER2, neoplasias y cánceres de apéndice positivos para HER2 y con RAS y BRAF de tipo natural
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer colorrectal: 1) La enfermedad presenta amplificación de HER2 y genes RAS y BRAF de tipo natural 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab, tucatinib o lapatinib, Y 3) el paciente no ha recibido tratamiento previo con un inhibidor de HER2 O 4) el paciente tiene metástasis metacrónicas. Para el carcinoma hepatobiliar: 1) La enfermedad es positiva para HER2, Y 2) la enfermedad es irresecable, presenta enfermedad residual macroscópica o es metastásica, Y 3) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab o tucatinib. Para el cáncer de endometrio: 1) La enfermedad es positiva para HER2 Y 2) el medicamento solicitado se utiliza en combinación con carboplatino y paclitaxel y se continúa como agente único para el tratamiento de mantenimiento. Para neoplasias y cánceres apendiculares: 1) La enfermedad es positiva para HER2 y presenta genes RAS y BRAF de tipo natural y 2) el medicamento solicitado se usa en combinación con pertuzumab o tucatinib.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TREMFYA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	TREMFYA, TREMFYA INDUCTION PACK FO, TREMFYA PEN
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	INYECCIÓN DE TREPROSTINIL
Nombres de los medicamentos	TREPROSTINIL
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1 de la Organización Mundial de la Salud [OMS]): La hipertensión arterial pulmonar (PAH) se confirmó mediante cateterismo cardíaco derecho. Solo para nuevos inicios: 1) La presión arterial pulmonar media antes del tratamiento es superior a 20 mmHg Y 2) la presión de enclavamiento capilar pulmonar antes del tratamiento es inferior o igual a 15 mmHg Y 3) la resistencia vascular pulmonar previa al tratamiento es superior a 2 unidades de Wood.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRIENTINE
Nombres de los medicamentos	TRIENTINE HYDROCHLORIDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TRIKAFTA
Nombres de los medicamentos	TRIKAFTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la fibrosis quística: El medicamento solicitado no se utilizará en combinación con otros agentes potenciadores del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) (p. ej., ivacaftor, deutivacaftor).
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un neumólogo o un médico especializado en el tratamiento de la fibrosis quística, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRINTELLIX
Nombres de los medicamentos	TRINTELLIX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el trastorno depresivo mayor (MDD): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para UNO de los siguientes productos genéricos: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), mirtazapine, bupropion.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	TRULICITY
Nombres de los medicamentos	TRULICITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Para el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: 10 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	TRUQAP
Nombres de los medicamentos	TRUQAP
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es recurrente, localmente avanzada o metastásica, 2) la enfermedad es positiva para el receptor hormonal (HR) y negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), 3) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con fulvestrant, 4) la enfermedad posee una o más alteraciones en PIK3CA/AKT/PTEN Y el paciente cumple con cualquiera de los siguientes criterios: a) La enfermedad del paciente ha progresado o recurrido con al menos un régimen basado en tratamiento endocrino, b) el paciente experimentó recurrencia en o dentro de los 12 meses posteriores a la finalización del tratamiento adyuvante.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TRUXIMA
Nombres de los medicamentos	TRUXIMA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Subtipos de linfoma no Hodgkin [Linfoma linfocítico pequeño (SLL), linfoma de células del manto, linfomas de la zona marginal (linfoma ganglionar, esplénico, extraganglionar de la zona marginal [EMZL] del estómago, EMZL de sitios no gástricos [no cutáneos]), linfoma de Burkitt, linfoma de células B de alto grado, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma difuso de células B grandes, transformación histológica de linfomas indolentes en linfoma de células B de alto grado con MYC y BCL6 sin reordenamientos de BCL2, transformación histológica de la leucemia linfocítica crónica (CLL)/SLL en linfoma difuso de células B grandes, linfoma cutáneo primario de células B, enfermedad de Castleman, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), leucemia de células pilosas, trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD), linfoma linfoblástico de células B], púrpura trombocitopénica inmunitaria o idiopática refractaria (ITP), anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD), síndrome de Sjögren, púrpura trombocitopénica trombótica, miastenia gravis refractaria, linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular, linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), metástasis leptomeningeas de linfomas, leucemia linfoblástica aguda, prevención del PTLD relacionado con el virus de Epstein-Barr (EBV), esclerosis múltiple remitente recurrente, efectos tóxicos relacionados con inhibidores de puntos de control inmunitario, enfermedad de Rosai-Dorfman, linfomas pediátricos agresivos de células B maduras (incluido el linfoma similar a Burkitt, linfoma mediastínico primario de células B grandes) y leucemia aguda de células B maduras en pacientes pediátricos, trastorno del espectro de la neuromielitis óptica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) El paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) El medicamento solicitado se usará en combinación con methotrexate (MTX) O b) el paciente tiene intolerancia o contraindicación para MTX, Y 2) el paciente cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios: a) Respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación para MTX O b) respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) biológico previo o a un DMARD sintético dirigido. Las neoplasias hematológicas malignas deben ser CD20 positivas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Toxicidades relacionadas con los inhibidores de puntos de control inmunitarios: 3 meses, todos los demás: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Si

Grupo de autorización previa	TUKYSA
Nombres de los medicamentos	TUKYSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente, cáncer de vías biliares positivo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) (cáncer de vesícula biliar, colangiocarcinoma intrahepático, colangiocarcinoma extrahepático), neoplasias y cánceres apendiculares positivos para HER2, y genes RAS y BRAF de tipo natural.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) la enfermedad es recurrente, avanzada, irresecable, metastásica o no responde al tratamiento sistémico preoperatorio, Y 2) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2). Para el cáncer colorrectal: 1) la enfermedad es avanzada, irresecable o metastásica, Y 2) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) la enfermedad es de tipo natural para RAS, Y 4) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab, Y 5) el paciente no ha sido tratado previamente con un inhibidor de HER2. Para neoplasias y cánceres apendiculares: 1) La enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 2) la enfermedad es de tipo natural para RAS, Y 3) el fármaco solicitado se utilizará en combinación con trastuzumab. Para el cáncer de vías biliares: 1) La enfermedad es irresecable, presenta enfermedad residual macroscópica (R2) o es metastásica, Y 2) la enfermedad es positiva para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el medicamento solicitado se usará en combinación con trastuzumab.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TURALIO
Nombres de los medicamentos	TURALIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Rosai-Dorfman
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la histiocitosis de células de Langerhans: 1) La enfermedad tiene una mutación en el receptor del factor estimulante de colonias 1 (CSF1R). Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la enfermedad de Rosai-Dorfman: 1) La enfermedad tiene una mutación en CSF1R Y 2) el paciente tiene cualquiera de las siguientes: a) Enfermedad sintomática O b) enfermedad recidivante/refractaria.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	TYENNE
Nombres de los medicamentos	TYENNE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Enfermedad de Castleman, enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide (RA) activa de moderada a grave (solo nuevos inicios): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación al methotrexate (MTX), O 2) el paciente ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a un medicamento biológico antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD) previo o a un DMARD sintético dirigido. Para el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis: El diagnóstico se confirmó mediante un estudio de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) del tórax. Para todas las indicaciones (continuación del tratamiento): El paciente ha presentado una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	TYMLOS - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	TYMLOS
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	UBRELVY
Nombres de los medicamentos	UBRELVY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento agudo de la migraña con o sin aura: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos un agonista del receptor triptano 5-HT1.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	UCERIS
Nombres de los medicamentos	BUDESONIDE ER
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la inducción de la remisión de la colitis ulcerosa activa, de leve a moderada: El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para al menos una terapia con ácido 5-aminosalicílico (5-ASA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	2 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	UPTRAVI - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	UPTRAVI, UPTRAVI TITRATION PACK
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VALCHLOR
Nombres de los medicamentos	VALCHLOR
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS) en estadio 2 o superior, linfoma primario cutáneo de la zona marginal, linfoma primario cutáneo del centro folicular, papulosis linfomatoide (LyP) CD30 positiva, histiocitosis de células de Langerhans unifocal (LCH) con enfermedad cutánea aislada
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VANFLYTA
Nombres de los medicamentos	VANFLYTA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tratamiento de reinducción para AML, neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la tirosina cinasa 3 similar a FMS (FLT3).
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) La AML es positiva para la duplicación interna en tándem (ITD) de la tirosina cinasa 3 (FLT3) similar a FMS, y 2) el medicamento se utilizará para el tratamiento de inducción, reinducción, consolidación o mantenimiento. Para neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FLT3: La enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VELSIPITY
Nombres de los medicamentos	VELSIPITY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la colitis ulcerosa de actividad moderada a grave (continuación del tratamiento): El paciente ha presentado una respuesta beneficiosa al tratamiento.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VENCLEXTA
Nombres de los medicamentos	VENCLEXTA, VENCLEXTA STARTING PACK
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma de células del manto, neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN), mieloma múltiple, leucemia mieloide aguda (AML) recidivante o refractaria, AML de riesgo precario, AML relacionada con el tratamiento, tratamiento posterior a la inducción de la AML después de la respuesta a un tratamiento previo de menor intensidad con el mismo régimen, macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico, amiloidosis sistémica por cadenas ligeras en recaída o refractaria con translocación t(11:14), neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o en fase blástica, leucemia linfoblástica aguda de células B/leucemia linfoblástica aguda de células T (B-ALL/T-ALL), leucemia de células pilosas, síndromes mielodisplásicos de mayor riesgo, leucemia mielomonocítica crónica (CMML)-2.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la leucemia mieloide aguda (AML): 1) El paciente tiene AML recién diagnosticada y cumple con uno de los siguientes criterios: a) Tiene 75 años de edad o más, b) el paciente tiene comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva O 2) se usará para tratamiento de inducción o consolidación en pacientes con AML de riesgo precario o relacionada con el tratamiento, O 3) el paciente tiene AML recidivante o refractaria, O 4) se usará para el tratamiento posterior a la inducción de la AML después de la respuesta a un tratamiento previo de menor intensidad con el mismo régimen. Para la neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (BPDCN): 1) se utilizará para tratamiento de inducción, O 2) enfermedad recidivante o refractaria. Para el mieloma múltiple: 1) el paciente tiene translocación t(11:14), Y 2) cualquiera de los siguientes: a) enfermedad del sistema nervioso central (CNS), O b) enfermedad recidivante o progresiva, Y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con uno de los siguientes: i) dexamethasone, ii) dexamethasone y daratumumab, iii) dexamethasone con bortezomib, carfilzomib o ixazomib. Para macroglobulinemia de Waldenström/linfoma linfoplasmocítico: 1) El paciente ha tratado previamente una enfermedad que no respondió al tratamiento primario, O 2) el paciente tiene enfermedad progresiva o recidivante.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VEPPANU
Nombres de los medicamentos	VEPPANU
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama irresecable recurrente
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad es positiva para el receptor hormonal (HR), Y 2) es negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) tiene mutación del receptor de estrógeno-1 (ESR1), Y 4) está avanzada, es metastásica, recurrente, irresecable o no responde al tratamiento sistémico preoperatorio, Y 5) el paciente ha recibido al menos una línea de tratamiento endocrino.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VERQUVO - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	VERQUVO
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VERSACLOZ
Nombres de los medicamentos	VERSACLOZ
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de un paciente gravemente enfermo con esquizofrenia que no respondió adecuadamente al tratamiento antipsicótico estándar (es decir, esquizofrenia resistente al tratamiento): 1) El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos genéricos: Aripiprazole, asenapine, lurasidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone Y 2) el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación a uno de los siguientes productos de marca: Caplyta, Cobenfy, Lybalvi, Rexulti, Secuado, Vraylar.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VERZENIO
Nombres de los medicamentos	VERZENIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de mama recurrente, cáncer de endometrio en combinación con letrozole o fulvestrant para tumores con receptores de estrógeno positivos, liposarcoma desdiferenciado
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer de mama: 1) La enfermedad cumple una de las siguientes condiciones: a) Es avanzada, recurrente o metastásica, O b) es cáncer de mama en estadio temprano, O c) el medicamento solicitado se usará como tratamiento adyuvante para una enfermedad de alto riesgo, Y 2) la enfermedad es positiva para receptores hormonales (HR) y negativa para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), Y 3) el medicamento solicitado se usará en combinación con un tratamiento endocrino o como agente único.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	VIGABATRIN
Nombres de los medicamentos	VIGABATRIN, VIGADRONE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de las convulsiones parciales complejas (es decir, crisis focales con alteración de la conciencia): El paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento con al menos dos medicamentos antiepilépticos indicados para convulsiones parciales complejas (es decir, crisis focales con alteración de la conciencia).
Restricciones por edad	Espasmos infantiles: De 1 mes a 2 años de edad. Convulsiones parciales complejas (es decir, convulsiones focales con alteración de la conciencia): 2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	VIGAFYDE
Nombres de los medicamentos	VIGAFYDE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	Espasmos infantiles: De 1 mes a 2 años de edad
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VITRAKVI
Nombres de los medicamentos	VITRAKVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Tumores sólidos no metastásicos positivos para la fusión del gen del receptor de tirosina-cinasa neurotrófico (NTRK): Tratamiento de primera línea para tumores sólidos con fusión del gen NTRK positiva
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para todos los tumores sólidos positivos para la fusión del gen del receptor de tirosina-cinasa neurotrófica (NTRK), la enfermedad no tiene una mutación de resistencia adquirida conocida.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VONJO
Nombres de los medicamentos	VONJO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloproliferativas en fase acelerada o blástica, mielofibrosis de bajo riesgo, neoplasias de linaje mieloide, linfoide o mixto con eosinofilia y reordenamiento de JAK2
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la mielofibrosis (MF): 1) El paciente tiene un diagnóstico de MF primaria o secundaria (pospolicitemia vera o posttrombocitemia esencial) de riesgo bajo, intermedio o alto, Y 2) uno de los siguientes: a) Recuento de plaquetas inferior a 50,000 por microlitro (mCL) o b) MF de alto riesgo con esplenomegalia y/o síntomas constitucionales.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VOQUEZNA DUAL PAK - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	VOQUEZNA DUAL PAK
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	VOQUEZNA TRIPLE PAK - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	VOQUEZNA TRIPLE PAK
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	VORANIGO
Nombres de los medicamentos	VORANIGO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Glioma de grado alto recurrente o progresivo
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para oligodendroglioma, astrocitoma o glioma de alto grado: 1) La enfermedad presenta una mutación susceptible en el gen de la isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1) o isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2), Y 2) el paciente cumple uno de los siguientes criterios: a) El tratamiento se administra después de una cirugía (incluidas la biopsia, la resección subtotal o la resección macroscópica total), O b) la enfermedad es residual, recurrente o progresiva.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VORICONAZOLE
Nombres de los medicamentos	VORICONAZOLE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El paciente utilizará el medicamento solicitado por vía oral o intravenosa.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VOSEVI
Nombres de los medicamentos	VOSEVI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	Cirrosis descompensada/insuficiencia hepática moderada o grave (Child Turcotte Pugh clase B o C)
Información médica requerida	Para el virus de la hepatitis C (HCV): Infección confirmada por la presencia de ARN del HCV en el suero antes de iniciar el tratamiento. Régimen de tratamiento planificado, genotipo, antecedentes de tratamiento previo, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [CTP clase B o C]), presencia o ausencia de coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), presencia o ausencia de sustituciones asociadas a la resistencia, cuando corresponda, estado de trasplante, si corresponde. Las condiciones de cobertura y la duración específica de la aprobación se basarán en las pautas de tratamiento actuales de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (AASLD-IDSA).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Los criterios se aplicarán de acuerdo con la guía actual de AASLD-IDSA.
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	VOWST
Nombres de los medicamentos	VOWST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la prevención de la recurrencia de la infección por <i>Clostridioides difficile</i> (CDI): 1) El diagnóstico de CDI ha sido confirmado mediante una prueba de heces positiva para la toxina de <i>C. difficile</i> Y 2) el medicamento solicitado se administrará al menos 48 horas después de la última dosis de antibióticos utilizados para el tratamiento de la CDI recurrente.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYNDAMAX
Nombres de los medicamentos	VYNDAMAX
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miocardiopatía por amiloidosis variante o de tipo natural mediada por transtirretina (ATTR-CM), tratamiento inicial: 1) El paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad (p. ej., disnea, fatiga, hipotensión ortostática, síncope, edema periférico) Y 2) la afectación cardíaca se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) obtención de imágenes mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca (p. ej., espesor de la pared septal interventricular al final de la diástole superior a 12 milímetros), o b) gammagrafía miocárdica con tecnecio marcado, Y 3) el diagnóstico se confirmó mediante uno de los siguientes métodos: a) Biopsia que confirma depósitos de amiloide de transtirretina y presencia de proteínas precursoras de transtirretina, b) gammagrafía ósea con tecnecio marcado positiva Y se ha descartado amiloidosis por cadenas ligeras sistémicas mediante pruebas que demuestran ausencia de proteínas monoclonales (p. ej., relación kappa/lambda de cadenas ligeras libres en suero, inmunofijación de proteínas séricas, inmunofijación de proteínas en orina), c) si la solicitud corresponde a ATTR-CM variante, el paciente es positivo para una mutación del gen de la transtirretina (TTR). Para la ATTR-CM, continuación: El paciente demuestra una respuesta favorable al tratamiento (p. ej., ralentización del deterioro clínico).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	VYVGART
Nombres de los medicamentos	VYVGART
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la miastenia gravis generalizada (gMG), continuación: 1) No hay evidencia de toxicidad inaceptable mientras está en el régimen actual Y 2) el paciente ha demostrado una respuesta positiva al tratamiento.
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Inicial: 6 meses; continuación: Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	WEGOVY - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	WEGOVY
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	COMP. DE WEGOVY - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	WEGOVY
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	WELIREG - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	WELIREG
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	WINREVAIR - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	WINREVAIR
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	WYOST
Nombres de los medicamentos	WYOST
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipercalcemia maligna: La afección es resistente al tratamiento con bisphosphonates intravenosos (IV) o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con bisphosphonates IV.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	XALKORI - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	XALKORI
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XDEMVY - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	XDEMVY
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XERMELO
Nombres de los medicamentos	XERMELO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XHANCE
Nombres de los medicamentos	XHANCE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	18 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	XIFAXAN
Nombres de los medicamentos	XIFAXAN
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el síndrome del intestino irritable con diarrea (IBS-D): 1) El paciente no ha recibido tratamiento previamente con el medicamento solicitado O 2) el paciente ha recibido tratamiento previamente con el medicamento solicitado Y a) el paciente presenta una recurrencia de los síntomas Y b) el paciente aún no ha recibido un ciclo inicial de tratamiento de 14 días y dos ciclos adicionales de tratamiento de 14 días con el medicamento solicitado. Para el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO): 1) El paciente presenta una recurrencia después de completar un curso exitoso de tratamiento con el medicamento solicitado O 2) el diagnóstico se ha confirmado a través de uno de los siguientes: a) Cultivo cuantitativo de aspirado del intestino superior, b) prueba de aliento (p. ej., prueba de hidrógeno de lactulosa o prueba de hidrógeno de glucosa en el aliento).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Reducción del riesgo de recurrencia de encefalopatía hepática (EH) manifiesta: 6 meses, IBS-D y SIBO: 14 días
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XOLAIR - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	XOLAIR
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	XOSPATA
Nombres de los medicamentos	XOSPATA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de FLT3, leucemia mieloide aguda (AML) después del trasplante alogénico de células hematopoyéticas (HCT), en remisión
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	En el caso de las neoplasias mieloides, linfoides o de linaje mixto con eosinofilia y reordenamiento de la tirosina cinasa 3 similar a FMS (FLT3): La enfermedad se encuentra en fase crónica o blástica. Para la AML con mutación FLT3: El medicamento solicitado se utilizará para uno de los siguientes: a) Enfermedad recidivante o refractaria, b) tratamiento de inducción de baja intensidad, c) tratamiento posterior a la inducción después de la respuesta al tratamiento de inducción con el medicamento solicitado, d) tratamiento de consolidación, e) tratamiento de mantenimiento en pacientes que están en remisión después de un trasplante alogénico de células hematopoyéticas.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	XPOVIO
Nombres de los medicamentos	XPOVIO, XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY, XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Linfoma difuso de células B grandes (DLBCL), transformación histológica de linfomas indolentes a linfoma difuso de células B grandes, linfoma de células B relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), linfoma de células B de alto grado, trastornos linfoproliferativos postrasplante
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el mieloma múltiple: El paciente debe haber recibido al menos un tratamiento previo. Para los linfomas de células B: El paciente debe haber sido tratado con al menos dos líneas de tratamiento sistémico.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	XTANDI
Nombres de los medicamentos	XTANDI
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración o el cáncer de próstata metastásico sensible a la castración: El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	XTRENBO
Nombres de los medicamentos	XTRENBO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la hipercalcemia maligna: La afección es resistente al tratamiento con bisphosphonates intravenosos (IV) o existe una razón clínica para evitar el tratamiento con bisphosphonates IV.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	XYREM
Nombres de los medicamentos	SODIUM OXYBATE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la somnolencia diurna excesiva en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: 1) El diagnóstico ha sido confirmado por una evaluación de laboratorio del sueño Y 2) si el paciente tiene 18 años o más, el paciente ha experimentado una respuesta inadecuada al tratamiento o intolerancia a al menos un medicamento promotor de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinil, modafinil), O tiene una contraindicación que prohibiría un ensayo de medicamentos promotores de la vigilia del sistema nervioso central (CNS) (p. ej., armodafinil, modafinil). Para el tratamiento de la cataplejía en un paciente con narcolepsia, solicitud inicial: El diagnóstico se ha confirmado mediante una evaluación de laboratorio del sueño. Si la solicitud es para una continuación del tratamiento, entonces el paciente experimentó una disminución de la somnolencia diurna con narcolepsia o una disminución de los episodios de cataplejía con narcolepsia.
Restricciones por edad	7 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	Recetado por un especialista en trastornos del sueño o neurólogo, o en consulta con ellos
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	YESINTEK - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	YESINTEK
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-
Grupo de autorización previa	YONSA
Nombres de los medicamentos	YONSA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	El medicamento solicitado se usará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	YUTREPIA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	YUTREPIA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZARXIO
Nombres de los medicamentos	ZARXIO
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Neutropenia en síndromes mielodisplásicos (MDS), agranulocitosis, neutropenia en anemia aplásica, neutropenia relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Si se recibe quimioterapia, el medicamento solicitado se administrará al menos 24 horas después de la quimioterapia. Para la profilaxis o el tratamiento de la neutropenia febril (FN) inducida por quimioterapia mielosupresora, el paciente debe cumplir con todo lo siguiente: 1) El paciente tiene un tumor sólido o cáncer no mieloide Y 2) el paciente ha recibido, está recibiendo actualmente o recibirá tratamiento con terapia mielosupresora contra el cáncer.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZEJULA
Nombres de los medicamentos	ZEJULA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Leiomiomasarcoma uterino, cáncer de próstata
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el leiomiomasarcoma uterino: 1) El paciente ha recibido al menos un tratamiento previamente Y 2) el paciente tiene una enfermedad con alteración de BRCA. Para el cáncer de próstata: 1) el paciente tiene una mutación BRCA y el medicamento solicitado se utilizará en combinación con abiraterone y un corticosteroide oral, Y 2) el medicamento solicitado se utilizará en combinación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) o después de una orquiectomía bilateral. Para el cáncer de ovario, de las trompas de Falopio o peritoneal primario: El medicamento solicitado se utiliza como tratamiento de mantenimiento para la enfermedad en estadio II-IV o recurrente en pacientes que han respondido de forma completa o parcial a la quimioterapia.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Grupo de autorización previa	ZELBORAF
Nombres de los medicamentos	ZELBORAF
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Cáncer de pulmón de células no pequeñas, leucemia de células pilosas, cáncer del sistema nervioso central (es decir, glioma, glioblastoma, glioma difuso pediátrico de alto grado), tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante para el melanoma cutáneo, histiocitosis de células de Langerhans.
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el cáncer del sistema nervioso central (CNS) (es decir, glioma, glioblastoma, glioma difuso pediátrico de alto grado): 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E Y 2) el medicamento solicitado se usará en combinación con cobimetinib O el medicamento solicitado se está usando para el tratamiento del glioma difuso pediátrico de alto grado. Para el melanoma: 1) El tumor es positivo para la mutación activadora BRAF V600 (por ejemplo, V600E o V600K) Y 2) el medicamento solicitado se usará como agente único o en combinación con cobimetinib Y 3) el medicamento solicitado se usará para cualquiera de los siguientes: a) Enfermedad irresecable, resecable limitada o metastásica, o b) tratamiento sistémico adyuvante o neoadyuvante. Para la enfermedad de Erdheim-Chester y la histiocitosis de células de Langerhans: El tumor es positivo para la mutación BRAF V600. Para el cáncer de pulmón de células no pequeñas: 1) El tumor es positivo para la mutación BRAF V600E Y 2) el paciente tiene enfermedad recurrente, avanzada o metastásica.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Si
Grupo de autorización previa	ZENBEXUS - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ZENBEXUS
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZIRABEV
Nombres de los medicamentos	ZIRABEV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Adenocarcinoma ampular, neoplasias y tipos de cáncer apendiculares, tipos de cáncer del sistema nervioso central (CNS) (incluidos los gliomas difusos de alto grado en pacientes pediátricos y meduloblastoma pediátrico), mesotelioma pleural, mesotelioma peritoneal, mesotelioma pericárdico, mesotelioma de la túnica vaginal del testículo, sarcomas de tejidos blandos, neoplasias uterinas, carcinoma endometrial, tipos de cáncer vulvar, cáncer de vagina, adenocarcinoma de intestino delgado y trastornos oftálmicos: Edema macular diabético, degeneración macular neovascular (húmeda) relacionada con la edad, incluidos subtipos de coroidopatía polipoidea y proliferación angiomatosa retiniana, edema macular tras oclusión de la vena retiniana, retinopatía diabética proliferativa, neovascularización coroidea, glaucoma neovascular y retinopatía del prematuro
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	Se denegará la cobertura en virtud de la Parte D si la cobertura está disponible en la Parte A o la Parte B, según el medicamento se receta y se dispensa o administra al individuo.
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZOLINZA
Nombres de los medicamentos	ZOLINZA
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas
Usos para una indicación no autorizada	Micosis fungoide (MF)/síndrome de Sézary (SS), linfoma de Hodgkin clásico
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZONISADE
Nombres de los medicamentos	ZONISADE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento adyuvante de las convulsiones de inicio parcial (es decir, convulsiones de inicio focal): 1) El paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para un anticonvulsivo genérico Y el paciente ha presentado una respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o tiene una contraindicación para Xcopri (si tiene 18 años o más), O 2) el paciente tiene dificultad para tragar formas farmacéuticas orales sólidas (p. ej., comprimidos, cápsulas).
Restricciones por edad	16 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí
Grupo de autorización previa	ZTALMY
Nombres de los medicamentos	ZTALMY
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	2 años o más
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No

Grupo de autorización previa	ZURZUVAE
Nombres de los medicamentos	ZURZUVAE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para el tratamiento de la depresión posparto (PPD): El diagnóstico se confirmó mediante escalas de valoración estandarizadas que miden de forma fiable los síntomas depresivos (p. ej., la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton [HDRS], la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [EPDS], el Cuestionario de Salud del Paciente 9 [PHQ9], la Escala de Valoración de la Depresión de Montgomery-Asberg [MADRS], el Inventario de Depresión de Beck [BDI], etc.).
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	1 mes
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZYKADIA - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
Nombres de los medicamentos	ZYKADIA
Indicador de la indicación de PA	-
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	-
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	-
Otros criterios	-

Grupo de autorización previa	ZYMFENTRA
Nombres de los medicamentos	ZYMFENTRA 2-PEN, ZYMFENTRA 2-SYRINGE
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Para la colitis ulcerosa de actividad moderada a grave y la enfermedad de Crohn de actividad moderada a grave (continuación): El paciente ha logrado o mantenido una respuesta clínica positiva.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	No
Grupo de autorización previa	ZYPREXA RELPREVV
Nombres de los medicamentos	ZYPREXA RELPREVV
Indicador de la indicación de PA	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA
Usos para una indicación no autorizada	-
Criterios de exclusión	-
Información médica requerida	Se ha establecido la tolerabilidad con olanzapine oral.
Restricciones por edad	-
Restricciones de personas autorizadas a dar recetas	-
Duración de la cobertura	Año del plan
Otros criterios	-
Tratamiento previo requerido	Sí

Notice of Availability Interpreter Services

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话，我们可以提供免费的语言协助服务。此外，还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服務。請致電 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (TTY : 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer +1-866-610-2273 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711) 으로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وتتوفر أيضًا مساعدات وخدمات إضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Se parla italiano, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche dei servizi e supporti ausiliari che forniscono informazioni in formati accessibili. Chiami il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese: se você fala português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis. Recursos e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta dispunível. També ta sta dispunível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatus asesível. Txoma pa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Haitian Creole: Si ou pale kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans lang gratis ki disponib. Gen èd ak sèvis oksilyè pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib gratis tou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。受け入れ可能な方法で情報を入手するための補助手段やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ ફોર્મેટમાં પ્રદાન કરવા માટે સહાયક સહાય અને સેવા પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-866-610-2273 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Lao/Laotian: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາພຣີ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃດຍ່ອຍຄ່າ. ໂທ 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Greek: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Διατίθενται επίσης δωρεάν βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες για την παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμη μορφή. Καλέστε στο 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះនឹងមាន ការផ្តល់ជូនសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយ និងសេវាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ ដែលអាចចូលប្រើបានក៏នឹងមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅ 1-866-610-2273 (TTY: 711)។

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) que tiene contrato con Medicare y con el programa MassHealth de la Mancomunidad de Massachusetts (Medicaid). La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este (ET) y desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

H2225_MA-SNP-M-5972419a_C-SPA