

# Plan Parte D de Medicare de Community Health Choice (HMO D-SNP)

Criterios de autorización previa  
Última actualización 12/12/2019

## Productos afectados

- abiraterona 250mg comp. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o urólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- adapaleno 0.1% crema
- adapaleno 0.3% gel
- avita 0.025% crema
- DIFFERIN 0.1% LOCIÓN
- tretinoína 0.01% gel
- tretinoína 0.025% gel
- tretinoína 0.05% crema
- tretinoína 0.1% crema
- adapaleno 0.1% gel
- adapaleno/peróxido de benzoilo 0.1-2.5% gel
- avita 0.025% gel
- EPIDUO 0.3-2.5% GEL
- tretinoína 0.025% crema
- tretinoína 0.04% gel
- tretinoína 0.05% gel
- tretinoína 0.1% gel

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- ACTEMRA 162MG/0.9ML AUTOINYECTOR

-- ACTEMRA 162MG/0.9ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea y artritis idiopática juvenil poliarticular: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira Y Embrel. Para arteritis de células gigantes: prueba y fracaso de corticosteroides requeridos.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- ACTIMMUNE 2000000UNIT/0.5ML INY (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hematólogo, inmunólogo o especialista en genética, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- *alyq 20mg comp.*

-- *tadalafil 20mg comp. (PAH)*

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- ADEMPAS 0.5MG COMP.
- ADEMPAS 1.5MG COMP.
- ADEMPAS 2.5MG COMP.

- ADEMPAS 1MG COMP.
- ADEMPAS 2MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	Para diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar, estudio clínico de uno (1) de los siguientes: Letairis, Opsumit o Tracleer. Para diagnóstico de hipertensión pulmonar persistente/tromboembólica crónica (HPTC) recurrente (Grupo 4 de la OMS), estudio de terapia anterior no es requerido.

## Productos afectados

- AFINITOR 10MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- AFINITOR 2.5MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- AFINITOR 5MG SUSP. (Solo nuevos inicios)
- AFINITOR 7.5MG COMP, (Solo nuevos inicios)
- AFINITOR 2MG SUSP. (Solo nuevos inicios)
- AFINITOR 3MG SUSP. (Solo nuevos inicios)
- AFINITOR 5MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo o un oncólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- ALECENSA 150MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Crterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un onc3logo, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- ALINIA 100MG/5ML SUSP.

-- ALINIA 500MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para diarrea causada por giardiasis, se requiere estudio de metronidazol. Para diarrea causada por criptosporidiosis, no se requiere estudio de metronidazol.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- ALUNBRIG COMP. PAQUETE INICIAL (Solo nuevos inicios)
- ALUNBRIG 30MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- ALUNBRIG 180MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- ALUNBRIG 90MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- APTIOM 200MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- APTIOM 600MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- APTIOM 400MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- APTIOM 800MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- ARCALYST 220MG INY

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en reumatología, especialista en dermatología o inmunólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- ARIKAYCE 70.3MG/ML SOLN INH

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Miembro no logró cultivos de esputo negativos después de al menos 6 meses de terapia con régimen multifármaco para enfermedad pulmonar por MAC.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o un pulmonólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- aripiprazol 1mg/ml soln oral (Solo nuevos inicios)

-- aripiprazol 10mg comp. bucodispersables (Solo nuevos inicios)

-- aripiprazol 15mg comp. bucodispersables (Solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente es incapaz de tragar comprimidos Y el paciente intentó y fracasó o fue intolerante a comprimidos bucodispersables o solución de risperidona Y comprimidos bucodispersables o solución de olanzapina.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- *fondaparinux sódico 12.5mg/ml (0.4ml) jeringa*  
 -- *fondaparinux sódico 12.5mg/ml (0.8ml) jeringa*

-- *fondaparinux sódico 12.5mg/ml (0.6ml) jeringa*  
 -- *fondaparinux sódico 5mg/ml jeringa*

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Peso corporal inferior a 50 kg (solo profilaxis tromboembolismo venoso).
Información médica requerida	Si se receta para DVT crónica, el paciente debe tener una prueba con enoxaparina o contraindicación para la misma. Para todas las demás indicaciones aprobadas por FDA, no se requiere prueba de enoxaparina.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- AURYXIA 210MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- AUSTEDO 12MG COMP.  
-- AUSTEDO 9MG COMP.

-- AUSTEDO 6MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para disquinesia tardía: El miembro no respondió a un cambio o es incapaz de cambiar la terapia antidopaminérgica actual Y tiene una discapacidad funcional causada por disquinesia tardía. Para corea asociada con enfermedad de Huntington: El paciente tiene intolerancia a la terapia con tetrabenazina o la misma fracasó.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo o un psiquiatra, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- BALVERSA 3MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- AFINITOR 5MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- AFINITOR 4MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- BAXDELA 400MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por 6 meses sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- BENLYSTA 200MG/ML AUTOINYECTOR

-- BENLYSTA 200MG/ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	El miembro tiene nefropatía lúpica activa O lupus en el SNC activo grave O el miembro está tomando ciclofosfamida intravenosa u otros productos biológicos.
Información médica requerida	Para terapia inicial: El miembro debe tomar un corticosteroide simultáneo a menos que esté contraindicado Y tiene prueba y fracaso de uno (1) de los siguientes: hidroxicloroquina, metotrexato, azatioprina O micofenolato. Para terapia de continuación: se requiere documentación de mejora de la enfermedad.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un reumatólogo o dermatólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	Para terapia inicial: Diagnóstico de lupus eritematoso sistémico activo se define por el valor del anti-ADN de doble cadena superior a 30 IU/ml O bajo complemento (C3/C4). Para terapia de continuación: no se requieren valores de análisis de laboratorio.

## Productos afectados

-- BENZNIDAZOLE 100MG COMP.

-- BENZNIDAZOLE 12.5MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por 3 meses sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- BOSULIF 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- BOSULIF 500MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- BOSULIF 400MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- BRAFTOVI 75MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- BRIVIACT 10MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 50MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 10MG/ML SOLN ORAL (Solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 25MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 75MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

- CABOMETYX 20MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- CABOMETYX 60MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- CABOMETYX 40MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Crterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un onc3logo, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- CALQUENCE 100MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Paciente fue intolerante a ibrutinib (Imbruvica)
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- CAPRELSA 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- CAPRELSA 300MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un endocrinólogo o un oncólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- CARBAGLU 200MG SUSP.

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- CAYSTON 75MG SOLN INH

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o un especialista en pulmón, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- CERDELGA 84MG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en genética clínica y/o un especialista médico en genética bioquímica, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- CESAMET 1MG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	El fármaco puede tener cobertura bajo Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que se necesite presentar información que describe el uso y el ámbito del fármaco para tomar la decisión.

## Productos afectados

-- EMGALITY 100MG/ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico de cefaleas en racimos episódicas Y ha probado y fracasado el verapamilo.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo o un especialista en cabeza, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	Especialista en cabeza definido como un miembro de United Council for Neurologic Subspecialties, American Headache Society, National Headache Foundation o International Headache Society O tiene un certificado de habilitación adicional en medicina de la cabeza o de la American Board of Headache Management.



## Productos afectados

-- AIMOVIG 140MG/ML AUTOINYECTOR  
-- EMGALITY 120MG/ML AUTOINYECTOR

-- AIMOVIG 70MG/ML AUTOINYECTOR  
-- EMGALITY 120MG/ML JERINGA

Criterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	El miembro tiene 4 d3as con migraña por mes o m3s durante los 3 meses anteriores o m3s Y ha probado y fracasado un estudio cl3nico de 3 meses o m3s de 2 de las 3 clases de f3rmacos siguientes: anticonvulsivos, agentes vasoactivos, antidepresivos.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neur3logo o un especialista en cabeza, o tras consultar a alguno de ellos.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	Especialista en cabeza definido como un miembro de United Council for Neurologic Subspecialties, American Headache Society, National Headache Foundation o International Headache Society O tiene un certificado de habilitaci3n adicional en medicina de la cabeza o de la American Board of Headache Management.

## Productos afectados

-- CHOLBAM 250MG CÁPS.

-- CHOLBAM 50MG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hepatólogo o un gastroenterólogo pediátrico, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Inicial serán 3 meses, después si los criterios satisfechos se aprueban por el resto del año del plan.
Otros criterios	La renovación requiere de documentación de función hepática estable o mejorada.

## Productos afectados

-- CIMZIA 200MG INY

-- CIMZIA 200MG/ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea (AR): Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira Y Enbrel. Para espondilitis anquilosante (EA): El paciente tiene intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Cosentyx. Para artritis psoriásica: El paciente tiene intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx O Otezla. Para psoriasis en placas: El paciente tiene intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx, Skyrizi O Otezla. Para Enfermedad de Crohn: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Para artritis reumatoidea, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante: Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno. Para Enfermedad de Crohn: Recetado por un especialista en Gastroenterología, o tras consultar a uno. Para psoriasis en placas: Recetado por un especialista en Dermatología, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- COLCHICINE 0.6MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Si es para gota, se requiere estudio clínico de Mitigare. Si es para fiebre mediterránea familiar, no se requiere estudio clínico de Mitigare.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- COMETRIQ 100MG PAQ. CAJA DOSIS DIARIA  
(Solo nuevos inicios)
- COMETRIQ 60MG PAQ. CAJA DOSIS DIARIA  
(Solo nuevos inicios)

- COMETRIQ 140MG PAQ. CAJA DOSIS DIARIA  
(Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- COPIKTRA 15MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- COPIKTRA 25MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- CORLANOR 5MG COMP.
- CORLANOR 7.5MG COMP.

- CORLANOR 5MG/5ML SOLN ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente recibe una dosis con tolerancia máxima de un beta bloqueante o tiene historial de intolerancia documentada, contraindicación o hipersensibilidad a un betabloqueante.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en Cardiología, tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- COSENTYX 150MG/ML AUTOINYECTOR

-- COSENTYX 150MG/ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para psoriasis en placas: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana O soriatane. Para espondilitis anquilosante (EA) o artritis psoriásica: Requiere fracaso o intolerancia al metotrexato O sulfasalazina. (Estudio de metotrexato o sulfasalazina no se requiere para EA con afectación predominantemente axial).
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Para artritis psoriásica o espondilitis anquilosante: Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno. Para psoriasis en placas: Recetado por un especialista en Dermatología, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- COTELLIC 20MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- CYSTARAN 0.44% SOLN OFT.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para tratamiento de la acumulación de cristales de cistina en la córnea en pacientes con cistinosis.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oftalmólogo o médico genetista, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- *dalfampridina 10mg comp. de lib. prolong.*

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- DAURISMO 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- DAURISMO 25MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- DOPTelet 20MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para trombocitopenia con hepatopatía crónica y con procedimiento previsto: El miembro tiene conteo de plaquetas de las dos semanas anteriores que muestra menos de 50,000 plaquetas por microlitro.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Para trombocitopenia inmune crónica: Recetado por un hematólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- dronabinol 10mg cáps.

-- dronabinol 2.5mg cáps.

-- dronabinol 5mg cáps.

Criterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Diagn3stico de p3rdida de apetito causada por SIDA O náuseas y v3mitos inducidos por quimioterapia.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	El fármaco puede tener cobertura bajo Parte B o D de Medicare seg3n las circunstancias. Es posible que se necesite presentar informaci3n que describe el uso y el ámbito del fármaco para tomar la decisi3n.

## Productos afectados

-- DUPIXENT 200MG/ML JERINGA PRECARGADA

-- DUPIXENT 300MG/2ML JERINGA PRECARGADA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para dermatitis atópica: Intolerancia o fracaso de la terapia con dos (2) de los siguientes: un esteroide tópico de potencia media a muy alta, un inhibidor de calcineurina tópico O un inmunosupresor oral. Para asma:</p> <p>El recetador declara que el miembro tiene un historial, dentro del último año, de al menos una exacerbación de asma que requiere de uno de los siguientes: tratamiento con corticosteroides sistémicos O consulta en la sala de emergencias O internación.</p>
Restricciones de edad	<p>Para dermatitis atópica: El miembro debe tener 12 años de edad o más. Para asma:</p> <p>El miembro debe tener 12 años de edad o más.</p>
Restricciones de recetador	Recetado por un alergista, inmunólogo, pulmonólogo, dermatólogo o especialista en ENT, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	<p>Para dermatitis atópica: El miembro tiene dermatitis atópica moderada a grave definida como: 1) afectación de superficie del cuerpo de 10 por ciento o más O documentación en historia clínica de gravedad de afectación en el rostro, la cabeza, el cuello, manos, pies, la ingle o áreas intertriginosas. 2) al menos dos (2) de los siguientes: prurito intratable (picazón), grietas y supuración/sangrado de la piel O deterioro de actividades cotidianas. Para asma:</p> <p>El miembro tiene asma moderado a grave con un fenotipo eosinofílico (concentración documentada inicial de eosinófilos en sangre superior o igual a 150 células/ml) O el miembro tiene asma dependiente de corticosteroide oral.</p>

## Productos afectados

- ENBREL 25MG INY
- ENBREL 50MG/ML CARTUCHO
- ENBREL 50MG/ML JERINGA
- ENBREL 25MG/0.5ML JERINGA
- ENBREL 50MG/ML INY. SURECLICK

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para artritis reumatoidea moderada a grave: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 20 mg/semana. Para artritis idiopática juvenil: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana. Para psoriasis en placas: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana O soriatane. Para espondilitis anquilosante (EA) o artritis psoriásica: Requiere fracaso o intolerancia al metotrexato O sulfasalazina.</p> <p>(Estudio de metotrexato o sulfasalazina no se requiere para EA con afectación predominantemente axial).</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	<p>Para artritis reumatoidea, artritis psoriásica, artritis idiopática juvenil o espondilitis anquilosante: Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno. Para psoriasis en placas: Recetado por un especialista en Dermatología, o tras consultar a uno.</p>
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



**Productos afectados**

-- ENDARI 5000MG POLVO PARA SOLN ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hematólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- SOFOSBUVIR/VELPATASVIR 400-100MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) El paciente tiene diagnóstico de VHC crónico (más de 6 meses) con genotipo indicado 2) Título de ARN-VCH actual 3) Documentación de que el miembro tiene o no cirrosis 4) Tratamientos previos para la hepatitis C.
Restricciones de edad	El miembro debe tener 18 años de edad o más.
Restricciones de recetador	Recetado por un gastroenterólogo, hepatólogo, médico de enfermedades infecciosas o especialista en trasplantes, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Duración de la cobertura de 12 semanas.
Otros criterios	El régimen de tratamiento será aprobado en base al genotipo y experiencia con tratamientos previos según lo definan las directrices de AASLD vigentes.

## Productos afectados

-- EPIDIOLEX 100MG/ML SOLN ORAL (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Prueba con al menos 1 medicamento antiepiléptico fue ineficaz o no tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- ERIVEDGE 150MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Estudio de Odomzo requerido para carcinoma basocelular localmente avanzado.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o dermatólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- ERLEADA 60MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o urólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- FANAPT PAQ. DE TITULACIÓN (Solo nuevos inicios)
- FANAPT 10MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FANAPT 2MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FANAPT 6MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FANAPT 1MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FANAPT 12MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FANAPT 4MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FANAPT 8MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha probado y fracasó o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- FARYDAK 10MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- FARYDAK 20MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

- FARYDAK 15MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- FASENRA 30MG/ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Recuento de esonófilos en sangre periférica superior o igual a 150 células por microlitro. Antecedentes de una (1) o más exacerbaciones en el año previo a pesar de uso regular de corticosteroides inhalados de alta dosis más un controlador adicional o más. Se realiza una excepción para pacientes con intolerancia o contraindicación a corticosteroides inhalados de alta dosis y controlador(es) adicional(es).
Restricciones de edad	El miembro debe tener 12 años de edad o más.
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en alergias, inmunólogo o especialista en pulmón, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- FERRIPROX 100MG/ML SOLN ORAL

-- FERRIPROX 500MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hematólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- FIRMAGON 120MG INY (Solo nuevos inicios)

-- FIRMAGON 80MG INY (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o urólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- FYCOMPA 0.5MG/ML SUSP. (Solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 12MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 4MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 8MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 10MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 2MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 6MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- GALAFOLD 123MG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de que el miembro tiene una alfa-galactosidasa (GLA) que puede analizarse.
Restricciones de edad	El miembro debe tener 16 años de edad o más.
Restricciones de recetador	Recetado por un médico genetista o un recetador especializado en tratamiento de la enfermedad de Fabry, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- GATTEX 5MG INY

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Crterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Depende del apoyo parenteral por al menos 12 meses y al menos 3 d3as por semana.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- GILOTRIF 20MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- GILOTRIF 40MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- GILOTRIF 30MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- GENOTROPIN 0.2MG JERINGA
- GENOTROPIN 0.6MG JERINGA
- GENOTROPIN 1MG JERINGA
- GENOTROPIN 1.2MG JERINGA
- GENOTROPIN 1.6MG JERINGA
- GENOTROPIN 2MG JERINGA
- GENOTROPIN 0.4MG JERINGA
- GENOTROPIN 0.8MG JERINGA
- GENOTROPIN 12MG CARTUCHO
- GENOTROPIN 1.4MG JERINGA
- GENOTROPIN 1.8MG JERINGA
- GENOTROPIN 5MG CARTUCHO

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Los criterios para la aprobación de hormonas de crecimiento en adultos requieren del diagnóstico del síndrome de deficiencia de somatropina (definido como la falta de estimulación de secreción de la hormona de crecimiento (nivel máximo de HC de 10mcg/l o menos) por una de las pruebas provocativas aceptables). Esto puede incluir adultos que de niños tenían deficiencia de hormona del crecimiento o adultos con enfermedad pituitaria conocida.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- BERINERT 500UNIT INY
- BERINERT 500UNIT INY
- *icatibant 10mg/ml jeringa*
- TAKHZYRO 300MG/2ML INY
- CINRYZEERT 500UNIT INY
- HAEGARDA 3000UNT INY
- RUCONEST 2100UNIT INY

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- HETLIOZ 20MG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente es completamente ciego.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- JXTAPID 10MG CÁPS.
- JXTAPID 30MG CÁPS.
- JXTAPID 5MG CÁPS.
- JXTAPID 20MG CÁPS.
- JXTAPID 40MG CÁPS.
- JXTAPID 60MG CÁPS.

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>LDL sin tratar superior a 500 mg/dl O LDL tratado superior o igual a 300 mg/dl. Uso concurrente de dosis máxima de estatinas (atorvastatina o rosuvastatina) y un otro agente reductor de lípidos (incluir fechas y motivos de la interrupción). Para pacientes con intolerancia a la estatina, uso concurrente de la dosis máxima de estatinas no requerido.</p> <p>Documentación de historia clínica que muestre el panel completo de lípidos más reciente, incluso Apo-B dentro de los últimos 12 meses.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un lipidólogo o cardiólogo o endocrinólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- amitriptilina 10mg comp. (Solo nuevos inicios)
- amitriptilina 150mg comp. (Solo nuevos inicios)
- amitriptilina 50mg comp. (Solo nuevos inicios)
- AMOXAPINE 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- AMOXAPINE 25MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- clomipramina 25mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- clomipramina 75mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- desipramina 100mg comp. (Solo nuevos inicios)
- desipramina 25mg comp. (Solo nuevos inicios)
- desipramina 75mg comp. (Solo nuevos inicios)
- doxepina 10mg/ml soln oral (Solo nuevos inicios)
- doxepina 150mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- doxepina 50mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- pamoato de imipramina 100mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- pamoato de imipramina 150mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- imipramina 10mg comp. (Solo nuevos inicios)
- imipramina 50mg comp. (Solo nuevos inicios)
- paroxetina 12.5mg comp. de lib. prolong. (Solo nuevos inicios)
- paroxetina 25mg comp. de lib. prolong. (Solo nuevos inicios)
- paroxetina 37.5mg comp. de lib. prolong. (Solo nuevos inicios)
- PAXIL 10MG/5ML SUSP. (Solo nuevos inicios)
- PEXEVA 20MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- amitriptilina 100mg comp. (Solo nuevos inicios)
- amitriptilina 25mg comp. (Solo nuevos inicios)
- amitriptilina 75mg comp. (Solo nuevos inicios)
- AMOXAPINE 150MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- AMOXAPINE 50MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- clomipramina 50mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- desipramina 10mg comp. (Solo nuevos inicios)
- desipramina 150mg comp. (Solo nuevos inicios)
- desipramina 50mg comp. (Solo nuevos inicios)
- doxepina 10mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- doxepina 100mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- doxepina 25mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- doxepina 75mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- pamoato de imipramina 125mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- pamoato de imipramina 75mg cáps. (Solo nuevos inicios)
- imipramina 25mg comp. (Solo nuevos inicios)
- paroxetina 10mg comp. (Solo nuevos inicios)
- paroxetina 20mg comp. (Solo nuevos inicios)
- paroxetina 30mg comp. (Solo nuevos inicios)
- paroxetina 40mg comp. (Solo nuevos inicios)
- PEXEVA 10MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- PEXEVA 30MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- PEXEVA 40MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- *protriptilina 5mg comp. (Solo nuevos inicios)*
- *trimipramina 25mg cáps. (Solo nuevos inicios)*

- *protriptilina 10mg comp. (Solo nuevos inicios)*
- *trimipramina 100mg cáps. (Solo nuevos inicios)*
- *trimipramina 50mg cáps. (Solo nuevos inicios)*

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Requiere de estudio cl3nico y fracaso de uno de los siguientes: ISRS (sin incluir paroxetina), IRSN O bupropion. Para diagn3stico de enuresis nocturna, estudio y fracaso de otros agentes no requerido.
Restricciones de edad	La autorizaci3n previa se aplica a miembros de 65 a1os o m3s.
Restricciones de recetador	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a1o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- *disopiramida 100mg cáps.*

-- *disopiramida 150mg cáps.*

-- NORPACE 100MG CÁPS. LIB. PROLONG.

-- NORPACE 150MG CÁPS. LIB. PROLONG.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Requiere de estudio y fracaso de una de las siguientes opciones: betabloqueador, bloqueadores de canal de calcio O flecainida.
Restricciones de edad	La autorización previa se aplica a miembros de 65 años o más.
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- HUMIRA PEDIÁTRICO PAQ. INICIAL PARA CROHN  
 JERINGA (2) 40MG/0.4ML 80MG/0.8ML
- HUMIRA PEDIÁTRICO PAQ. INICIAL PARA CROHN (3)  
 80MG/0.8ML INY
- HUMIRA PEN - PAQ. INICIAL PARA CROHN  
 40MG/0.8ML INY
- HUMIRA PEN - PAQ. INICIAL PARA PSORIASIS  
 40MG/0.8ML INY
- HUMIRA 10MG/0.1ML JERINGA
- HUMIRA 20MG/0.2ML JERINGA
- HUMIRA 40MG/0.4ML INYECTOR TIPO PLUMA
- HUMIRA 40MG/0.8ML AUTOINYECTOR
- -- HUMIRA PEDIÁTRICO PAQ. INICIAL PARA CROHN (3)  
 40MG/0.8ML INY
- HUMIRA PEDIÁTRICO PAQ. INICIAL PARA CROHN (6)  
 40MG/0.8ML INY
- HUMIRA PEN - PAQ. INICIAL PARA CROHN  
 80MG/0.8ML INY
- HUMIRA PEN - PAQ. INICIAL PARA PSORIASIS  
 80MG/0.8ML INY
- HUMIRA 10MG/0.2ML JERINGA
- HUMIRA 20MG/0.4ML JERINGA
- HUMIRA 40MG/0.4ML JERINGA
- HUMIRA 40MG/0.8ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea moderada a grave: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 20 mg/semana. Para artritis idiopática juvenil: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana. Para psoriasis en placas: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana O soriatane. Para espondilitis anquilosante (EA) o artritis psoriásica: Requiere fracaso o intolerancia al metotrexato O sulfasalazina. (Estudio de metotrexato o sulfasalazina no se requiere para EA con afectación predominantemente axial). Para colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn: Requiere fracaso o intolerancia de una de las siguientes: corticosteroides, azatioprina, metotrexato O 6-mercaptopurina. Para hidradenitis supurativa (HS): el paciente debe tener al menos 3 quistes Y fracaso de terapia con al menos un (1) antibiótico oral. Para uveítis: Requiere

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
	fracaso o intolerancia a la terapia con corticosteroide Y un inmunosupresor (metotrexato, mofetil micofenolato, azatioprina O ciclosporina).
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Para artritis reumatoidea, artritis psoriásica, artritis idiopática juvenil o espondilitis anquilosante: Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno. Para psoriasis en placas e hidradenitis supurativa (HS): Recetado por un especialista en Dermatología, o tras consultar a uno. Para Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: Recetado por un especialista en Gastroenterología, o tras consultar a uno. Para uveítis: Recetado por un especialista en reumatología o un oftalmólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- IBRANCE 100MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- IBRANCE 75MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

- IBRANCE 125MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- ICLUSIG 15MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- ICLUSIG 45MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- IDHIFA 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- IDHIFA 50MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de mutación IDH2 según detección de análisis aprobado por FDA.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- imatinib 100mg comp. (Solo nuevos inicios)

-- imatinib 400mg comp. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- IMBRUVICA 140MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 280MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 560MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 140MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 420MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 70MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, un hematólogo o un especialista en trasplantes, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- INCRELEX 40MG/4ML INY

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para el tratamiento a largo plazo de falta de crecimiento en niños con deficiencia grave del factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1) primaria grave (IGFD primaria) o con eliminación del gen de la hormona de crecimiento (HC) que ha desarrollado anticuerpos neutralizantes de la HC.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- INGREZZA 40MG CÁPS.

-- INGREZZA 80MG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro no respondió a un cambio o es incapaz de cambiar la terapia antidopaminérgica actual Y tiene una discapacidad funcional causada por disquinesia tardía.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo o un psiquiatra, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- INLYTA 1MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- INLYTA 5MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- INREBIC 100MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hematólogo o a un oncólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- paliperidona 1.5mg comp. de lib. prolong. (Solo nuevos inicios)

-- paliperidona 3mg comp. de lib. prolong. (Solo nuevos inicios)

-- paliperidona 6mg comp. de lib. prolong. (Solo nuevos inicios)

-- paliperidona 9mg comp. de lib. prolong. (Solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para esquizofrenia, el paciente ha probado y fracasó o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona. No se requieren estudios con agentes previos para trastorno esquizoafectivo.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- ESBRIET 267MG CÁPS.
- ESBRIET 801MG COMP.
- OFEV 150MG CÁPS.
- ESBRIET 267MG COMP.
- OFEV 100MG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico definitivo de fibrosis pulmonar idiopática definida por lo siguiente: Sin causa conocida de fibrosis pulmonar Y una de las siguientes: A. Biopsia pulmonar quirúrgica que revele patrón histopatológico de neumonía intersticial inespecífica (NII) B. Tomografía computada de alta resolución indica patrón de NII definida C. Tomografía computada de alta resolución indica patrón posible de NII Y la biopsia pulmonar quirúrgica revela un patrón histopatológico de probable NII.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o pulmonólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	No se usará en combinación con otros medicamentos usados para tratar la FPI.

## Productos afectados

-- IRESSA 250MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un onc3logo, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- itraconazol 100mg cáps.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para onicomicosis, debe fracasar terbinafina.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o un especialista en pulmón o especialista en dermatología, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por 6 meses.
Otros criterios	

## Productos afectados

- FLEBOGAMMA 10% INY
- GAMMAGARD 2.5GM/25ML INY
- GAMMAKED 1GM/10ML INY
- GAMMAPLEX 10GM/200ML INY
- GAMMAPLEX 5GM/50ML INY
- OCTAGAM 2GM/20ML INY
- PANZYGA 1GM/10ML SOLN IV
- PANZYGA 20GM/200ML SOLN IV
- PANZYGA 30GM/300ML SOLN IV
- PRIVIGEN 20GM/200ML INY
- GAMMAGARD 10GM INY
- GAMMAGARD 5GM INY
- GAMMAPLEX 10GM/100ML INY
- GAMMAPLEX 20GM/200ML INY
- GAMUNEX 1GM/10ML INY
- OCTAGAM 25GM/500ML INY
- PANZYGA 10GM/100ML SOLN IV
- PANZYGA 2.5GM/25ML SOLN IV
- PANZYGA 5GM/50ML SOLN IV

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	Aprobaci3n se basar3 en determinaci3n de cobertura BvD.

## Productos afectados

- JAKAFI 10MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- JAKAFI 20MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- JAKAFI 5MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- JAKAFI 15MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- JAKAFI 25MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hematólogo o a un oncólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- JYNARQUE 15MG COMP.
- JYNARQUE 45/15 PAQ. TERAPIA
- JYNARQUE 90/30 PAQ. TERAPIA

- JYNARQUE 30MG COMP.
- JYNARQUE 60/30 PAQ. TERAPIA

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	El miembro tiene un eGFR de 25 ml/min/1.73m2 o superior.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un nefr3logo, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- KALYDECO 150MG COMP.

-- KALYDECO 25MG GRÁNULOS

-- KALYDECO 50MG PAQUETE DE GRÁNULOS

-- KALYDECO 75MG PAQUETE DE GRÁNULOS

Criterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmon3logo, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- KEVZARA 150MG/1.14ML INY. PRECARGADA

-- KEVZARA 200MG/1.14ML INY. PRECARGADA

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira Y Enbrel.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en reumatolog3a, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- KISQALI 200MG PAQ. CON DOSIS DIARIA (Solo nuevos inicios)
- KISQALI 600MG PAQ. CON DOSIS DIARIA (Solo nuevos inicios)
- KISQALI/FEMARA COMP. CO-PAQ. 400MG (Solo nuevos inicios)
- KISQALI 400MG PAQ. CON DOSIS DIARIA (Solo nuevos inicios)
- KISQALI/FEMARA COMP. CO-PAQ. 200MG (Solo nuevos inicios)
- KISQALI/FEMARA COMP. CO-PAQ. 600MG (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- KORLYM 300MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- KUVAN 100MG POLVO PARA SOLN ORAL  
-- KUVAN 500MG POLVO PARA SOLN ORAL

-- KUVAN 100MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para continuar terapia el paciente debe haber mostrado una caída del 20% en niveles de fenilalanina después de 2 meses de tratamiento con Kuvan.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un médico genetista o médico metabólico, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobación inicial de 3 meses, después si se cumplen los criterios, se aprueba por el resto del año del contrato.
Otros criterios	

## Productos afectados

- LENVIMA (10) 10MG PAQ. (Solo nuevos inicios)
- LENVIMA (14) PAQ. (Solo nuevos inicios)
- LENVIMA (20) 10MG PAQ. (Solo nuevos inicios)
- LENVIMA (4) 4MG PAQ. (Solo nuevos inicios)
- LENVIMA (12) 4MG PAQ. (Solo nuevos inicios)
- LENVIMA (18) PAQ. (Solo nuevos inicios)
- LENVIMA (24) PAQ. (Solo nuevos inicios)
- LENVIMA (8) 4MG PAQ. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- *ambrisentan 10mg comp.*

-- *ambrisentan 5mg comp.*

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un cardiólogo o pulmonólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- LEUKINE 250MCG INY

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Estudio o intolerancia a filgrastim-sndz (Zarxio) Y tbo-filgrastim (Granix).
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- lidocaína 5% parche

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Manejo de dolor neuropático asociado con neuropatía periférica diabética y neuralgia poshértica.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Estudio y fracaso de gabapentina de cuatro semanas o más.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- lidocaína 5% ungüento

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Estudio y fracaso de lidocaína tópica 2% gel/jalea.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- LINZESS 145MCG CÁPS.  
 -- LINZESS 72MCG CÁPS.

-- LINZESS 290MCG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- LONSURF 15-6.14MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- LONSURF 20-8.19MG COMP. (Solo nuevos inicios)

Criterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un onc3logo, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- LORBRENA 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- LORBRENA 25MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un onc3logo, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- LYNPARZA 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- LYNPARZA 150MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- MAVYRET 100-40MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) El paciente tiene diagnóstico de VHC crónico (más de 6 meses) con genotipo indicado 2) Título de ARN-VHC actual 3) Documentación de que el miembro tiene o no cirrosis 4) Tratamientos previos para la hepatitis C.
Restricciones de edad	El miembro debe tener 12 años o más o pesar 45kg como mínimo.
Restricciones de recetador	Recetado por un gastroenterólogo, hepatólogo, médico de enfermedades infecciosas o médico de trasplantes, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Duración de la cobertura de 8 a 16 semanas. Aplicado en conformidad con directriz de AASLD-IDSA vigente.
Otros criterios	El régimen de tratamiento será aprobado en base al genotipo y experiencia con tratamientos previos según lo definan las directrices de AASLD vigentes.

## Productos afectados

-- acetato de megestrol 125mg/ml susp.

-- acetato de megestrol 40mg/ml susp.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- acetato de megestrol 20mg comp. (Solo nuevos inicios)

-- acetato de megestrol 40mg comp. (Solo nuevos inicios)

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- MEKINIST 0.5MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- MEKINIST 2MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- MEKTOVI 15MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- MOVANTIK 12.5MG COMP.

-- MOVANTIK 25MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- ABELCET 5MG/ML INY
- *acetilcisteína 20% soln inh*
- *albuterol 0.21mg/ml (0.63mg/3ml) soln inh*
- *albuterol 0.83mg/ml (0.083%) soln inh*
- AMBISOME 50MG INY
- AMINOSYN-PF 10% INY LIBRE DE SULFITOS
- AMPHOTERICIN 50MG INY
- *aprepitant 125mg/80mg paq.*
- *aprepitant 80mg cáps.*
- ARANESP 100MCG/ML INY
- ARANESP 150MCG/0.3ML JERINGA
- ARANESP 200MCG/0.4ML JERINGA
- ARANESP 25MCG/0.42ML JERINGA
- ARANESP 300MCG/0.6ML JERINGA
- ARANESP 40MCG/0.4ML JERINGA
- ARANESP 60MCG/ML INY
- ASTAGRAF 0.5MG XL CÁPS.
- ASTAGRAF 5MG XL CÁPS.
- AZASAN 75MG COMP.
- *budesonida 0.125mg/ml soln inh*
- *budesonida 0.5mg/ml soln inh*
- *calcitriol 0.0005mg cáps.*
- *acetilcisteína 10% soln inh*
- *aciclovir 50mg/ml iny*
- *albuterol 0.417mg/ml (1.25mg/3ml) soln inh*
- *albuterol 1mg/ml (0.5%) soln inh*
- AMINOSYN II 10% INY
- AMINOSYN-PF 7% INY
- *aprepitant 125mg cáps.*
- *aprepitant 40mg cáps.*
- ARANESP 10MCG/0.4ML JERINGA
- ARANESP 100MCG/0.5ML JERINGA
- ARANESP 200MCG/ML INY
- ARANESP 25MCG/ML INY
- ARANESP 300MCG/ML INY
- ARANESP 40MCG/ML INY
- ARANESP 500MCG/ML JERINGA
- ARANESP 60MCG/0.3ML JERINGA
- ASTAGRAF 1MG XL CÁPS.
- AZASAN 100MG COMP.
- *azatioprina 50mg comp.*
- *budesonida 0.25mg/ml soln inh*
- *calcitriol 0.00025mg cáps.*
- *calcitriol 0.001mg soln oral*

- *cinacalcet 30mg comp.*
- *cinacalcet 90mg comp.*
- CLINIMIX E 4.25/10 INY
- CLINIMIX E 5/15 INY
- CLINIMIX 4.25/10 INY
- CLINIMIX 5/15 INY
- *clinsol 15% iny*
- CYCLOPHOSPHAMIDE 25MG CÁPS.
- *ciclosporina modificada 100mg cáps.*
- *ciclosporina modificada 25mg cáps.*
- *ciclosporina 25mg cáps.*
- *0,0005 mgdoxercalciferol 0.0005mg cáps.*
- *doxercalciferol 0.0025mg cáps.*
- *duramorph 1mg/ml iny*
- ENGERIX-B 20MCG/ML JERINGA
- ENVARUSUS 1MG COMP. DE LIB. PROLONG.
- FIASP 100UNID/ML INY
- *gengraf 100mg cáps.*
- *gengraf 25mg cáps.*
- GLUCOSA 100MG/ML/CLORURO DE SODIO 0.0342 MEQ/ML INY
- *granisetrón 1mg comp.*
- *heparina sódica porcina 10000unid/ml iny*
- *heparina sódica porcina 5000unid/ml iny*
- HUMULIN R 500UNID/ML INY
- *cinacalcet 60mg comp.*
- CLINIMIX E 2.75/5 INY
- CLINIMIX E 4.25/5 INY
- CLINIMIX E 5/20 INY INY
- CLINIMIX 4.25/5 INY
- CLINIMIX 5/20 INY
- *cromolín sódico 10mg/ml soln inh*
- CYCLOPHOSPHAMIDE 50MG CÁPS.
- *ciclosporina modificada 100mg/ml soln oral*
- *ciclosporina 100mg cáps.*
- DIPHTHERIA/TETANUS TOXOID INY
- *doxercalciferol 0.0001mg cáps.*
- *duramorph 0.5mg/ml iny*
- ENGERIX-B 10MCG/0.5ML JERINGA
- ENVARUSUS 0.75MG COMP. DE LIB. PROLONG.
- ENVARUSUS 4MG COMP. DE LIB. PROLONG.
- FREAMINE 6.9% INY
- *gengraf 100mg/ml soln oral*
- *glucosa 10% iny*
- GLUCOSA 100MG/ML/CLORURO DE SODIO 0.0769 MEQ/ML INY
- *heparina sódica porcina 1000unid/ml iny*
- *heparina sódica porcina 20000unid/ml iny*
- HEPATAMINE 8% INY
- IMOVAX 2.5UNIT/ML INY

- intralipid 200mg/ml iny
- ipratropium/albuterol 0.5-2.5mg/3ml soln inh
- levalbuterol 0.63mg soln inh
- levalbuterol 2.5mg soln inh
- levocarnitina 330mg comp.
- metilprednisolona 16mg comp.
- metilprednisolona 4mg comp.
- micofenolato de mofetilo 200mg/ml susp.
- micofenolato de mofetilo 500mg comp.
- ácido micofenólico 360mg comp. de lib. retard.
- NEPHRAMINE 5.4% INY
- nutrilipid 20% soln iv
- ondansetrón 24mg comp.
- ondansetrón 4mg comp.
- ondansetrón 8mg comp.
- paricalcitol 0.002mg cáps.
- plenamina 15% iny
- prednisolona 10mg comp. bucodispersable
- PREDNISOLONE 3MG/ML SOLN ORAL
- prednisona 1mg comp.
- prednisona 10mg comp.
- prednisona 2.5mg comp.
- PREDNISONONE 5MG/ML SOLN ORAL
- PREMASOL 10% INY
- bromuro de ipratropio 0.02% soln inh
- levalbuterol 0.31mg soln inh
- levalbuterol 1.25mg soln inh
- levocarnitina 100mg/ml soln oral
- MEDROL 2MG COMP.
- metilprednisolona 32mg comp.
- metilprednisolona 8mg comp.
- micofenolato de mofetilo 250mg cáps.
- ácido micofenólico 180mg comp. de lib. retard.
- NEBUPENT 300MG SOLN INH
- NOVOLOG 100UNID/ML INY
- ondansetrón 0.8mg/ml soln oral
- ondansetrón 4mg comp. bucodispersable
- ondansetrón 8mg comp. bucodispersable
- paricalcitol 0.001mg cáps.
- paricalcitol 0.004mg cáps.
- prednisolona 1mg/ml soln oral
- prednisolona 15mg comp. bucodispersable
- prednisolona 30mg comp. bucodispersable
- PREDNISONONE 1MG/ML SOLN ORAL
- prednisona 20mg comp.
- prednisona 5mg comp.
- PREDNISONONE 50MG COMP.
- premasol 6% iny

- PROCALAMINE 3% INY
- PROGRAF 1MG PAQUETE DE GRÁNULOS
- PULMOZYME 1MG/ML SOLN INH
- RECOMBIVAX HB 10MCG/ML INY
- RECOMBIVAX 40MCG/ML INY
- RETACRIT 10000UNID/ML INY
- RETACRIT 3000UNID/ML INY
- RETACRIT 40000UNID/ML INY
- *sirolimus 0.5mg comp.*
- *sirolimus 1mg/ml soln oral*
- *tacrolimus 0.5mg cáps.*
- *tacrolimus 5mg cáps.*
- TETANUS/DIPHThERIA TOXOID INY
- TRAVASOL 10% INY
- VARUBI 90MG COMP.
- ZORTRESS 0.5MG COMP.
- ZORTRESS 1MG COMP.
- PROGRAF 0.2MG PAQUETE DE GRÁNULOS
- PROSOL 20% INY
- RABAVERT 2.5UNID/ML INY
- RECOMBIVAX 10MCG/ML JERINGA
- RECOMBIVAX 5MCG/0.5ML JERINGA
- RETACRIT 2000UNID/ML INY
- RETACRIT 4000UNID/ML INY
- SANDIMMUNE 100MG/ML SOLN ORAL
- *sirolimus 1mg comp.*
- *sirolimus 2mg comp.*
- *tacrolimus 1mg cáps.*
- TENIVAC JERINGA
- TPN ELECTROLYTES INY
- TROPHAMINE 10% INY
- ZORTRESS 0.25MG COMP.
- ZORTRESS 0.75MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	El fármaco puede tener cobertura bajo Parte B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que se necesite presentar información que describe el uso y el ámbito del fármaco para tomar la decisión.
Criterios de exclusión	NO SE APLICA
Información médica requerida	NO SE APLICA
Restricciones de edad	NO SE APLICA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Restricciones de recetador	NO SE APLICA
Duración de la cobertura	NO SE APLICA
Otros criterios	NO SE APLICA



## Productos afectados

-- NATPARA 100MCG CARTUCHO  
 -- NATPARA 50MCG CARTUCHO

-- NATPARA 25MCG CARTUCHO  
 -- NATPARA 75MCG CARTUCHO

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un endrocrinólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- NERLYNX 40MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- NEXAVAR 200MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	El miembro debe tener 18 años de edad o más.
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- NINLARO 2.3MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- NINLARO 3MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- NINLARO 4MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- NORTHERA 100MG CÁP.S.  
-- NORTHERA 300MG CÁP.S.

-- NORTHERA 200MG CÁP.S.

Criterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neur3logo o un cardiólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del ańo de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- NOXAFIL 100MG COMP. DE LIB. RETARD.

-- NOXAFIL 40MG/ML SUSP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un médico de enfermedades infecciosas o un especialista en pulmón, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- NUBEQA 300MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración (nmCRPC), fracaso o intolerancia a apalutamida (Erleada) requerido.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o urólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- NUCALA 100MG INY

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para diagnóstico de asma: Recuento de eosinófilos en sangre periférica superior o igual a 150 células por microlitro. Antecedentes de dos (2) o más exacerbaciones en el año previo a pesar de uso regular de corticosteroides inhalados de alta dosis más un controlador adicional o más. Se realiza una excepción para pacientes con intolerancia o contraindicación a corticosteroides inhalados de alta dosis y controlador(es) adicional(es).</p> <p>Para granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA), se requiere confirmación de diagnóstico.</p>
Restricciones de edad	<p>Para diagnóstico de asma grave: El miembro debe tener 6 años de edad o más.</p> <p>Para diagnóstico de granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA): El miembro debe tener 18 años de edad o más.</p>
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en alergias, inmunólogo, especialista en pulmón o reumatólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- NUEDEXTA 20-10MG CÁPS.

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Crterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Documentaci3n de afecci3n neurol3gica estructural como la causa de afectaci3n pseudobulbar Y gravedad de la enfermedad demostrada por una puntuaci3n de 13 o superior en el Center for Neurologic Study Lability Scale (CNS-LS).
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neur3logo, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	El miembro ha probado y fracasado un ISRS.

## Productos afectados

-- NUPLAZID 10MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- NUPLAZID 34MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- armodafinil 150mg comp.  
 -- armodafinil 250mg comp.  
 -- modafinil 100mg comp.

-- armodafinil 200mg comp.  
 -- armodafinil 50mg comp.  
 -- modafinil 200mg comp.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico de narcolepsia, O síndrome de apnea obstructiva del sueño/hipopnea, O trastorno del sueño por turno laboral.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- OCALIVA 10MG COMP.

-- OCALIVA 5MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hepatólogo o un gastroenterólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	Para uso en tratamiento de colangitis biliar primaria, el paciente ha tenido una respuesta inadecuada a un año de terapia con ursodiol o tuvo intolerancia al ursodiol.

## Productos afectados

-- ODOMZO 200MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o dermatólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- OLUMIANT 2MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira Y Enbrel.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- OPSUMIT 10MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un cardiólogo o pulmonólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- FENTANYL 0.1MG COMP. BUCAL
- *fentanilo 0.2mg pastilla*
- *fentanilo 0.4mg pastilla*
- *fentanilo 0.6mg pastilla*
- *fentanilo 0.8mg pastilla*
- *fentanilo 1.6mg pastilla*
- FENTORA 200MCG COMP. BUCAL
- FENTORA 600MCG COMP. BUCAL
- FENTANYL 0.2MG COMP. BUCAL
- FENTANYL 0.4MG COMP. BUCAL
- FENTANYL 0.6MG COMP. BUCAL
- FENTANYL 0.8MG COMP. BUCAL
- *fentanilo 1.2mg pastilla*
- FENTORA 100MCG COMP. BUCAL
- FENTORA 400MCG COMP. BUCAL
- FENTORA 800MCG COMP. BUCAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Dolor intercurrente de cáncer y tolerancia a opioides. Tolerancia documentada a opioides definida como tomas del paciente de medicamento de manera continua formado por al menos 60mg de morfina oral a diario, al menos 25mcg de fentanilo transdérmico por hora, al menos 30mg de oxicodona a diario, al menos 8mg de hidromorfona oral a diario o una dosis equianalgésica de otro opioide a diario por una semana o más.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

- ORENITRAM 0.125MG COMP DE LIB. PROLONG.
- ORENITRAM 1MG COMP. DE LIB. PROLONG.
- ORENITRAM 5MG COMP. DE LIB. PROLONG.
- ORENITRAM 0.25MG COMP. DE LIB. PROLONG.
- ORENITRAM 2.5MG COMP. DE LIB. PROLONG.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- ORFADIN 10MG CÁPS.
- ORFADIN 20MG CÁPS.
- ORFADIN 5MG CÁPS.
- ORFADIN 2MG CÁPS.
- ORFADIN 4MG/ML SUSP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- ORILISSA 150MG COMP.

-- ORILISSA 200MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro tiene fracaso o intolerancia a un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) Y un anticonceptivo hormonal.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un obstetra/ginecólogo o un especialista en salud reproductiva o femenina, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	El miembro no tiene osteoporosis conocida.

## Productos afectados

- ORKAMBI 100-125MG PAQUETE DE GRÁNULOS
- ORKAMBI 188-150MG PAQUETE DE GRÁNULOS
- ORKAMBI 100-125MG COMP.
- ORKAMBI 200-125MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) Función pulmonar (FEV1, ppFEV1), 2) BMI, 3) Antecedentes de exacerbación pulmonar deben reunirse al inicio y en la continuación.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobación inicial y de continuación de 6 meses para evaluar la información médica requerida.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- OSPHENA 60MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Intolerancia o fracaso de la terapia con una crema vaginal con estradiol genérica y CREMA VAGINAL PREMARIN.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- OTEZLA PAQUETE INICIAL DE 28 DÍAS

-- OTEZLA 30MG COMP.

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Para artritis psoriásica requiere de intolerancia o fracaso de terapia con metotrexato (al menos 20 mg/semana). Para psoriasis en placas: Fracaso o intolerancia a metotrexato con una dosis de 15mg/semana o fracaso o intolerancia a soriatane.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Para artritis psoriásica: Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno. Para psoriasis en placas: Recetado por un especialista en Dermatología, o tras consultar a uno.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del ańo de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- PALYNZIQ 10MG/0.5ML JERINGA  
 -- PALYNZIQ 2.5MG/0.5ML JERINGA

-- PALYNZIQ 20MG/ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	El miembro tiene 18 años o más.
Restricciones de recetador	Recetado por un médico genetista o médico metabólico, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- PRALUENT 150MG/ML AUTOINYECTOR  
 -- REPATHA 120MG/ML CARTUCHO  
 -- REPATHA 140MG/ML JERINGA

-- PRALUENT 75MG/ML AUTOINYECTOR  
 -- REPATHA 140MG/ML AUTOINYECTOR

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para iniciar la terapia el paciente debe: A) Tener uno de los siguientes padecimientos: 1) enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica previa (ACE) (ver Otros criterios), 2) hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH) (ver Otros criterios) 3) hipercolesterolemia familiar homocigota (HoFH) (ver Otros criterios) o 4) Hiperlipidemia primaria distinta a HeFH y HoFH (ver Otros criterios) Y B) Nivel actual de LDL-C por encima de 100 mg/dl o por encima de 70 mg/dl con diabetes, Y se cumple con uno de los siguientes requisitos: 1) el paciente ha sido tratado por 8 semanas o más con una estatina de alta densidad (atorvastatina 40mg o superior O rosuvastatina 20mg o superior), O 2) el paciente es intolerante a estatinas demostrado por el fracaso de 2 estatinas, incluso un intento con una estatina de dosis baja o alternativa (dosis baja de rosuvastatina o atorvastatina dos veces por semana, pitavastatina o pravastatina de baja intensidad). Los criterios de B) no se requieren para HoFH. Para continuar la terapia el paciente debe: A) Tener uno de los siguientes padecimientos: 1) ACE previa (ver Otros criterios), 2) HeFH (ver Otros criterios), 3) HoFH (ver Otros criterios), o 4) Hiperlipidemia primaria distinta a HeFH y HoFH (ver Otros criterios) Y B) miembro tenía reducción del 10% o superior en LDL-C en terapia con inhibidor PCSK9.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.



<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Otros criterios	<p>ACE clínica definida como síndromes coronarios agudos, infarto del miocardio, angina estable o inestable, procedimiento de revascularización coronario u otro arterial, derrame cerebral previo o ataque isquémico transitorio, o enfermedad arterial periférica de presunto origen aterosclerótico. Diagnóstico de HeFH debe ser confirmado por uno de los siguientes: 1) prueba de mutación en base a ADN en LDLR, Apo B, O mutación de ganancia de función PCSK9, 2) LDL-C sin tratar superior a 190 mg/dl Y xantomas tendinosos en pariente de primer y segundo grado o el paciente, 3) LDL-C sin tratar superior a 190 mg/dl Y pariente de primer grado menor de 60 años o pariente de segundo grado menor de 50 años con enfermedad cardíaca prematura, O 4) LDL-C sin tratar superior a 190 mg/dl Y pariente de primer o segundo grado con colesterol total superior a 290 mg/dl. Diagnóstico de HoHF confirmado por lo siguiente: 1) dos progenitores diagnosticados con HeFH O confirmación genética de mutación de receptor LDL, Y 2) colesterol total sin tratar superior a 290 mg/dl o LDL-C superior a 190 mg/dl, Y 3) xantomas presentes a la edad de 10 años o menos O enfermedad aterosclerótica a la edad de 20 o menos. Diagnóstico de hiperlipidemia primaria (distinta a HeFH y HoFH) incluye documentación de uno de los siguientes subtipos: Hiperquilomicronemia familiar o síndrome de Buerger-Gruetz, Hiperlipidemia familiar combinada, Disbetalipoproteinemia familiar, Trigliceridemia familiar, Hipertrigliceridemia endógena.</p>

## Productos afectados

- PIQRAY 200MG PAQ. CON DOSIS DIARIA (Solo nuevos inicios)      -- PIQRAY 250MG PAQ. CON DOSIS DIARIA (Solo nuevos inicios)  
 -- -- PIQRAY 300MG PAQ. CON DOSIS DIARIA 150MG (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de mutación HR +/-HER2 y PIK3CA: Usado en combinación con fulvestrant: Usado después de progresión o después de una terapia endocrina.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hematólogo u oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- POMALYST 1MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- POMALYST 3MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

- POMALYST 2MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- POMALYST 4MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- LOKELMA 10GM PAQUETE
- VELTASSA 16.8GM POLVO PARA SUSP ORAL
- VELTASSA 8.4GM POLVO PARA SUSP ORAL
- LOKELMA 5GM PAQUETE
- VELTASSA 25.2GM POLVO PARA SUSP ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente tiene un nivel de potasio persistente de referencia superior a 5.0 mmol/l.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un nefrólogo, un cardiólogo o un endocrinólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- PREVYMIS 240MG COMP.

-- PREVYMIS 480MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- CRINONE 4% GEL VAGINAL

-- CRINONE 8% GEL VAGINAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- PROLIA 60MG/ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para osteoporosis: Estudio de un bisfalonato oral no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- PROMACTA 12.5MG POLVO PARA SUSP ORAL
- PROMACTA 25MG COMP.
- PROMACTA 75MG COMP.
- PROMACTA 12.5MG COMP.
- PROMACTA 50MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- QBRELIS 1MG/ML SOLN ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Aprobación requiere de certificación de la incapacidad del paciente para tragar formas de administración sólidas de lisinopril.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- RAVICTI 1.1GM/ML SOLN ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Requiere estudio de polvo de fenilbutirato de sodio.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un médico genetista o médico metabólico, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- RELISTOR 12MG/0.6ML INY  
 -- RELISTOR 8MG/0.4ML JERINGA

-- RELISTOR 12MG/0.6ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para el tratamiento de estreñimiento inducido por opioides (EIO) en adultos con enfermedad avanzada que están recibiendo atención paliativa cuando la respuesta a terapia con laxantes ha sido insuficiente, el miembro debe haber probado y fracasado con lactulosa.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por 4 meses sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- sildenafil 20mg comp.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- REVLIMID 10MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- REVLIMID 20MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- REVLIMID 25MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

- REVLIMID 15MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- REVLIMID 2.5MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- REVLIMID 5MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- REXULTI 0.25MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- REXULTI 1MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- REXULTI 3MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- REXULTI 0.5MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- REXULTI 2MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- REXULTI 4MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para esquizofrenia, el paciente ha probado y fracasó o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Para trastorno depresivo importante, el paciente ha probado y fracasó o fue intolerante a aripiprazol.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- RUBRACA 200MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- RUBRACA 300MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- RUBRACA 250MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- RYDAPT 25MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



**Productos afectados**

- vigabatrina 50mg/ml soln oral (Solo nuevos inicios)
- vigadrone 500mg soln oral (Solo nuevos inicios)

- vigabatrina 500mg comp. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

--- SAPHRIS 10MG COMP. SL (Solo nuevos inicios)  
 -- SAPHRIS 5MG COMP. SL (Solo nuevos inicios)

-- SAPHRIS 2.5MG COMP. SL (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha probado y fracasó o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- SIGNIFOR 0.3MG/ML INY  
 -- SIGNIFOR 0.9MG/ML INY

-- SIGNIFOR 0.6MG/ML INY

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Recetado para el tratamiento de un paciente adulto con enfermedad de Cushing Y cirugía pituitaria no es una opción O cirugía pituitaria no fue curativa.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un endocrinólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- SIMPONI 100MG/ML AUTOINYECTOR
- SIMPONI 50MG/0.5ML AUTOINYECTOR

- SIMPONI 100MG/ML INY
- SIMPONI 50MG/0.5ML JERINGA

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para artritis reumatoidea (AR): Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira Y Enbrel. Para espondilitis anquilosante (EA): El paciente tiene intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Cosentyx. Para artritis psoriásica: El paciente tiene intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx O Otezla.</p> <p>Para colitis ulcerosa: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Para artritis reumatoidea, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante: Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno. Para colitis ulcerosa: Recetado por un especialista en Gastrolenterología, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- SIRTURO 100MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- SIVEXTRO 200MG INY

-- SIVEXTRO 200MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por 6 meses sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- SKYRIZI JERINGA 150MG PAQ. DE DOSIS

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana O soriatane.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en Dermatología, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- diclofenac sódico 3% gel

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



**Productos afectados**

-- SOLTAMOX 10MG/5ML SOLN ORAL (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- SOMAVERT 10MG INY
- SOMAVERT 20MG INY
- SOMAVERT 30MG INY
- SOMAVERT 15MG INY
- SOMAVERT 25MG INY

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un endocrinólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- SPRITAM 1000MG COMP. BUCODISPERSABLES  
 (Solo nuevos inicios)
- SPRITAM 500MG COMP. BUCODISPERSABLES)  
 (Solo nuevos inicios)

- SPRITAM 250MG COMP. BUCODISPERSABLES  
 (Solo nuevos inicios)
- SPRITAM 750MG COMP. BUCODISPERSABLES  
 (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro debe tener un estudio o contraindicación a levetiracetam genérico.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- SPRYCEL 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 20MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 70MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 140MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 50MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 80MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- STELARA 45MG/0.5ML INY  
-- STELARA 90MG/ML JERINGA

-- STELARA 45MG/0.5ML JERINGA,

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis psoriásica: El paciente tiene intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx O Otezla. Para psoriasis en placas: El paciente tiene intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx, Skyrizi O Otezla. Para Enfermedad de Crohn: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Para artritis psoriásica: Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno. Para Enfermedad de Crohn: Recetado por un especialista en Gastroenterología, o tras consultar a uno. Para psoriasis en placas: Recetado por un especialista en Dermatología, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- STIVARGA 40MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- SUCRAID 8500UNID/ML SOLN ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- SUTENT 12.5MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- SUTENT 37.5MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

- SUTENT 25MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- SUTENT 50MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



**Productos afectados**

- SYLATRON 200MCG INY (Solo nuevos inicios)
- SYLATRON 600MCG INY (Solo nuevos inicios)

- SYLATRON 300MCG INY (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- SYMDEKO PAQ. DE COMP. DE 4 SEMANAS

-- SYMDEKO 50-75MG/75MG PAQ.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- SYMPROIC 0.2MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- trientina 250mg comp.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- TAFINLAR 50MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- TAFINLAR 75MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- TAGRISSO 40MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- TAGRISSO 80MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- TALZENNA 0.25MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- TALZENNA 1MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- erlotinib 100mg comp. (Solo nuevos inicios)
- erlotinib 25mg comp. (Solo nuevos inicios)

- erlotinib 150mg comp. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



**Productos afectados**

-- *bexaroteno 75mg cáps. (Solo nuevos inicios)*

-- TARGRETIN 1% GEL (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o dermatólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- TASIGNA 150MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)  
-- TASIGNA 50MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- TASIGNA 200MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- TAVALISSE 100MG COMP.

-- TAVALISSE 150MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un hematólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- tetrabenazina 12.5mg comp.

-- tetrabenazina 25mg comp.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente tiene corea debido a la Enfermedad de Huntington.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- THALOMID 100MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- THALOMID 200MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

- THALOMID 150MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- THALOMID 50MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- TIBSOVO 250MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- TOBI PODHALER KIT 28MG PAQ.

-- *tobramicina 60mg/ml soln inh*

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un médico de enfermedades infecciosas o un especialista en pulmón, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	Aprobación se basará en determinación de cobertura BvD.

## Productos afectados

- AMCINONIDE 0.1% CREMA
- *beser 0.05% loci3n*
- *propionato de clobetasol 0.05% espuma e*
- *propionato de clobetasol 0.05% loci3n*
- *propionato de clobetasol 0.05% espray*
- *desonida 0.05% crema*
- *propionato de fluticasona 0.05% loci3n*
- AMCINONIDE 0.1% UNGÜENTO
- *valerato de betametasona 0.12% espuma*
- *propionato de clobetasol 0.05% espuma*
- *propionato de clobetasol 0.05% champú*
- *clodan 0.05% champú*
- *desonida 0.05% loci3n*

<b>Crterios de autorizaci3n previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Crterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Requiere estudio de dos esteroides t3picos de la lista de medicamentos.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



**Productos afectados**

-- MULPLETA 3MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro tiene conteo de plaquetas de las dos semanas anteriores que muestra menos de 50,000 plaquetas por microlitro.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por 1 mes sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- bosentán 125mg comp.

-- bosentán 62.5mg comp.

-- TRACLEER 32MG COMP. PARA SUSP ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- QUDEXY 100MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- QUDEXY 200MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- QUDEXY 50MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 150MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 25MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TROKENDI 100MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TROKENDI 25MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- QUDEXY 150MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.)  
(Solo nuevos inicios)
- QUDEXY 25MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 100MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 200MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 50MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TROKENDI 200MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)
- TROKENDI 50MG CÁPS. DE LIB. PROLONG.  
(Solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha probado y fracasado con topiramato (TOPAMAX) Y el paciente tiene un diagnóstico de convulsiones parciales, convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias o convulsiones asociadas con síndrome de Lennox-Gastaut O está usando para profilaxis de cefalea migrañosa.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- TURALIO 200MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- TYKERB 250MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Tykerb se receta en combinación con capecitabina (Xeloda) Y La paciente tiene cáncer de mama metastásico o avanzado con sobreexpresión de HER2 del tumor Y La paciente ha recibido terapia anterior incluso una antraciclina y un taxano y trastumab.</p> <p>Tykerb se receta en combinación con letrozol para el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico con receptor hormonal positivo que sobreexpresa al receptor HER2 para lo que se indica terapia hormonal.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- budesonida 9mg comp. de lib. prolong.

-- UCERIS 2MG/ESPUMA ACT.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente tiene colitis ulcerosa leve a moderada y ha probado y fracasó o fue intolerante a mesalamina.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- UPTRAVI PAQ. DE TITULACIÓN
- UPTRAVI 1200MCG COMP.
- UPTRAVI 1600MCG COMP.
- UPTRAVI 400MCG COMP.
- UPTRAVI 800MCG COMP.
- UPTRAVI 1000MCG COMP.
- UPTRAVI 1400MCG COMP.
- UPTRAVI 200MCG COMP.
- UPTRAVI 600MCG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- VALCHLOR 0.016% GEL (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha recibido terapia dirigida a la piel previa como por ejemplo con esteroides tópicos.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o dermatólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- VASCEPA 1GM CÁPS.

-- VASCEPA 500MG CÁPS.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para hipertrigliceridemia: Documentación de triglicéridos persistentes por encima de 500 mg/dl Y estudio o intolerancia a esteres etílicos de ácidos de omega 3.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un lipidólogo o cardiólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- VENCLEXTA 10MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- VENCLEXTA 10/100/50MG PAQ. INICIAL (Solo nuevos inicios)
- VENCLEXTA 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- VENCLEXTA 50MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- VENTAVIS 10MCG/ML SOLN INH

-- VENTAVIS 20MCG/ML SOLN INH

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un pulmonólogo o un cardiólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- VERZENIO 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- VERZENIO 200MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- VERZENIO 150MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- VERZENIO 50MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- VITRAKVI 100MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- VITRAKVI 20MG/ML SOLN ORAL (Solo nuevos inicios)

-- VITRAKVI 25MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de mutación de fusión de gen NTRK requerida.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- VIZIMPRO 15MG COMP. (Solo nuevos inicios)
- VIZIMPRO 45MG COMP. (Solo nuevos inicios)

- VIZIMPRO 30MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- voriconazol 200mg iny  
 -- voriconazol 40mg/ml susp.

-- voriconazol 200mg comp.  
 -- voriconazol 50mg comp.

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un médico de enfermedades infecciosas o un oncólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por 6 meses sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- VOSEVI 400-100-100MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) El paciente tiene diagnóstico de VHC crónico (más de 6 meses) con genotipo indicado 2) Título de ARN-VCH actual 3) Documentación de que el miembro tiene o no cirrosis 4) Tratamientos previos para la hepatitis C.
Restricciones de edad	El miembro debe tener 18 años de edad o más.
Restricciones de recetador	Recetado por un gastroenterólogo, hepatólogo, médico de enfermedades infecciosas o médico de trasplantes, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Duración de la cobertura de 12 semanas.
Otros criterios	El régimen de tratamiento será aprobado en base al genotipo y experiencia con tratamientos previos según lo definan las directrices de AASLD vigentes.



**Productos afectados**

-- VOTRIENT 200MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- VRAYLAR 1.5MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- VRAYLAR 3MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)
- VRAYLAR 6MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

- VRAYLAR 1.5/3MG PAQ. MIXTO (Solo nuevos inicios)
- VRAYLAR 4.5MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha probado y fracasó o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- XALKORI 200MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- XALKORI 250MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- XATMEP 2.5MG/ML SOLN ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para artritis idiopática juvenil poliarticular: el paciente debe tener estudio o incapacidad para usar comprimido oral de metotrexato.</p> <p>Para leucemia linfoblástica aguda: estudio de comprimido oral de metotrexato no es requerido.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- XELJANZ 10MG COMP.

-- XELJANZ 5MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoidea (AR): Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira Y Enbrel. Para artritis psoriásica: El paciente tiene intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx O Otezla. Para colitis ulcerosa: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Para artritis reumatoidea o artritis psoriásica: Recetado por un especialista en reumatología, o tras consultar a uno. Para colitis ulcerosa: Recetado por un especialista en Gastroenterología, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- XGEVA 120MG/1.7ML INY

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- XIFAXAN 550MG COMP.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	Autorización previa requerida para cantidades superiores a 3 comprimidos por día. Para cantidades de 3 comprimidos por día, se requiere un diagnóstico de IBS-D.

## Productos afectados

-- XOLAIR 150MG INY

-- XOLAIR 150MG/ML INY. PRECARGADA

-- XOLAIR 75MG/0.5ML INY. PRECARGADA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>1. Si es para asma persistente grave: Debe haber prueba objetiva de obstrucción reversible de vía aérea Y el nivel de IgE del paciente debe estar entre 30 IU/ml y 700 IU/ml (O entre 30 IU/ml y 1300 IU/ml para miembros de 6 a 12 años de edad) , Y el paciente debe tener una prueba positiva de la piel o prueba RAST para sensibilidad alérgica específica y una de las siguientes: Asma controlado inadecuadamente a pesar de dosis media de corticosteroides inhalados por al menos 3 meses en combinación con un estudio de beta antagonistas inhalados de larga acción O corticosteroides inhalados de alta dosis son requeridos para mantener control del asma adecuado O intolerancia o contraindicación a fármacos previamente enumerados. 2.</p> <p>Si para urticaria idiopática crónica, el paciente sigue sintomático a pesar de tratamiento con antihistamínico H1 o tiene intolerancia o contraindicación a tratamiento con antihistamínico H1.</p>
Restricciones de edad	<p>Si es para asma persistente moderado a grave, el paciente debe tener al menos 6 años de edad.</p> <p>Si es para urticaria idiopática crónica, el paciente debe tener al menos 12 años de edad.</p>
Restricciones de recetador	Recetado por un especialista en alergias, especialista en pulmón, especialista en dermatología o inmunólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



## Productos afectados

-- XOSPATA 40MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de mutación FLT3 requerida.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

- XPOVIO 100MG PAQ. UNO POR SEMANA (Solo nuevos inicios)
- XPOVIO 60MG PAQ. UNO POR SEMANA (Solo nuevos inicios)
- XPOVIO 80MG PAQ. UNO POR SEMANA (Solo nuevos inicios)
- XPOVIO 80MG PAQ. DOS POR SEMANA (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de terapias previas requerida e incluir al menos 4 terapias, incluso al menos 2 inhibidores del proteasoma, 2 agentes inmunomoduladores y un anticuerpo monoclonal anti CD38.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o hematólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- XTANDI 40MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC), fracaso o intolerancia a abiraterona (equivalente a Zytiga) requerido.</p> <p>Para cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración (nmCRPC), fracaso o intolerancia a apalutamida (Erleada) requerido.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o urólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- XULTOPHY 100UNID-3.6MG/ML PLUMA INY.

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro es incapaz de lograr un A1c de 7 o inferior después de tres (3) meses de tratamiento con dosis máxima con un agonista del receptor del GLP-1 o insulina basal superior o igual a treinta (30) unidades por día, O el miembro actualmente usa insulina basal Y un agonista del receptor del GLP-1.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- XYREM 500MG/ML SOLN ORAL

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un neurólogo, un pulmonólogo o un médico de medicina del sueño, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- *miglustat 100mg cáps.*

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un médico genetista, un hematólogo o un médico metabólico, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- ZEJULA 100MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

-- ZELBORAF 240MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	



**Productos afectados**

-- ZOLINZA 100MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo o dermatólogo, o tras consultar a alguno de ellos.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- ZYDELIG 100MG COMP. (Solo nuevos inicios)

-- ZYDELIG 150MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>DIAGNÓSTICO A: El paciente tiene CLL con relapso, definida como progresión de la CLL en menos de 24 meses desde la finalización de la última terapia previa Y se usará idelalisib (ZYDELIG) en combinación con rituximab (RITUXAN). DIAGNÓSTICO B y C:</p> <p>El paciente tiene linfoma folicular (LF) no Hodgkin de células B con relapso O El paciente tiene linfoma linfocítico de células pequeñas (LLCP) con relapso Y El paciente ha recibido al menos dos (2) terapias sistémicas previas.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

## Productos afectados

-- ZYKADIA 150MG CÁPS. (Solo nuevos inicios)

-- ZYKADIA 150MG COMP. (Solo nuevos inicios)

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	Recetado por un oncólogo, o tras consultar a uno.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	

**Productos afectados**

- ANDRODERM 2MG/24HR PARCHE
- TESTOSTERONA 1% APLICADOR DE GEL
- *testosterona 1% (50mg) gel*
- *testosterona 1.62% (1.25gm) gel*
- ANDRODERM 4MG/24HR PARCHE
- *testosterona 1% (25mg) gel*
- *testosterona 1.62% aplicador de gel*
- *testosterona 1.62% (2.5gm) gel*

<b>Criterios de autorización previa</b>	<b>Detalles de criterios</b>
Usos con cobertura	Todas las indicaciones aprobadas por FDA no excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Dos niveles de testosterona matutinos caen por debajo del rango normal para un hombre adulto sano. Para pacientes con terapia de reemplazo de testosterona, documentación de la menos un (1) nivel de testosterona matutino de los últimos 12 meses es requerido.
Restricciones de edad	
Restricciones de recetador	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año de contrato sujeto a cambio de lista de medicamentos y elegibilidad del miembro.
Otros criterios	