



## **CRITERIOS DE PREAUTORIZACION 2019**

**MMM Supremo, MMM Advantage, MMM Único, MMM Elite, MMM Extra,  
MMM Cero, , MMM Diamante Platino, MMM Completo Platino, MMM  
Valor Platino, MMM Relax Platino, PMC Premier Platino, PMC Max**

PA Criterios (19524, 19526, 19527)

MSO-PHA-ORG-1007-100418-S

Actualizado: octubre, 2018

PO BOX 71114 SAN JUAN, P.R. 00936-8015

# ACITRETIN

---

## **Medicamentos**

Acitretin Oral Cap 10 mg  
Acitretin Oral Cap 25 mg  
Acitretin Oral Cap 17.5 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Función hepática o renal severamente deteriorada. Valores de lípidos en la sangre anormalmente elevados crónicos. El uso concomitante de metotrexato o tetraciclinas. Embarazo. Las mujeres de edad fértil que tengan la intención de quedar embarazada durante el tratamiento o en cualquier momento durante al menos 3 años después de suspender el tratamiento. Las mujeres de edad fértil que no utilicen un método anticonceptivo confiable durante el tratamiento y durante al menos 3 años después de la interrupción del tratamiento. Las mujeres de edad fértil que beben alcohol durante el tratamiento o durante dos meses después de la interrupción del tratamiento.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de Psoriasis severa

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Actimmune Inj. 2 mg/ml

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

BSA, SCr, PLT, neutrofilos, Hgb, LFT

**Restricción de Edad**

Ninguno

**Restricción de Médico**

Enfermedad granulomatosa crónica: Inmunólogo. Osteopetrosis maligna severa: Oncólogo, hematólogo, ginecólogo, reumatólogo, ortopedista.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Adcirca Oral Tab 20 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

1. Uso para la disfunción eréctil
2. Los pacientes que toman nitratos
3. Pacientes en tratamiento con estimuladores solubles de la guanilato ciclasa

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: Hipertensión Pulmonar Arterial severa (PAH) (Grupo WHO 1) para mejorar la capacidad de ejercitarse. Los estudios establecen la efectividad del medicamento e incluyen predominantemente a pacientes con NYHA con síntomas de Clase II y Clase III funcional y etiologías de PAH idiopática o hereditable; o PHA asociada con enfermedades del tejido conectivo.
2. Diagnóstico confirmado por cateterismo cardiaco derecho. Para la indicación aprobada por la FDA de la hipertensión arterial pulmonar, los pacientes actualmente en Adcirca pueden continuar el tratamiento si tienen un diagnóstico de la PAH.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Neumólogo, Cardiólogo

**Duración de Cubierta**

Inicial – 6 meses

Renovación – 12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **ADEMPAS**

---

### **Medicamentos**

Adempas Oral Tab 0.5 mg  
Adempas Oral Tab 1 mg  
Adempas Oral Tab 1.5 mg  
Adempas Oral Tab 2 mg  
Adempas Oral Tab 2.5 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo, el uso concomitante de nitratos, donante de óxido nítrico, o un inhibidor de la fosfodiesterasa.

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de: Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica Persistente / recurrente (CTEPH) (Grupo WHO 4) después del tratamiento quirúrgico o CTEPH inoperable para mejorar la capacidad de ejercicio y la clase funcional WHO O Hipertensión Arterial Pulmonar (PAH) (Grupo WHO 1) para mejorar la capacidad de ejercicio, mejorar la clase funcional WHO y retrasar el empeoramiento clínico.
2. Diagnóstico confirmado por cateterización del lado derecho del corazón.
3. Prueba de embarazo en mujeres de potencial reproductivo antes del inicio. Estudios establecen la efectividad para pacientes con PHA (Grupo Who I) e incluyen predominantemente a pacientes Con WHO Clase II y Clase III funcional y etiologías de PHA idiopática o Hhereditable; o PHA asociada con enfermedades del tejido conectivo.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Neumólogo, cardiólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Participación en el Programa REMS para mujeres.

**Medicamentos**

Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab. 5 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 7.5 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 10 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 12.5 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 15 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 20 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Tab 30 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 5 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 10 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 15 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 20 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 25 mg  
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Oral Cap 30 mg  
Dextroamphetamine Sulfate Oral Tab 5 mg  
Dextroamphetamine Sulfate Oral Tab 10 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Arteriosclerosis avanzada. Enfermedad cardiovascular sintomática. Hipertensión moderada a severa. Hipertiroidismo. Conocida hipersensibilidad o idiosincrasia a las aminas simpaticomiméticas. Glaucoma. Estados agitados. Historial de abuso de drogas. En terapia durante o dentro de los 14 días posteriores a la administración de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI).

**Información Médica Requerida**

Narcolepsia: Se requiere estudio del sueño para confirmar el diagnóstico de narcolepsia.

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **ALECENSA**

---

### **Medicamentos**

Alecensa 150 mg Oral Cap.

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: linfoma quinasa anaplásico (ALK) positivo, cáncer de pulmón no microcítico metastásico (NSCLC) que ha progresado o es intolerante al crizotinib.
2. Prueba de función hepática (ALT, AST).

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ALUNBRIG**

---

### **Medicamentos**

Alunbrig Oral Tab. 30 mg  
Alunbrig Oral Tab 90 mg  
Alunbrig Oral Tab 180 mg  
Alunbrig Initiation Pack 90 mg/180 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de: Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) , metastizado, ALK positivo que han progresado en o son intolerantes a crizotinib.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D



## **AMPYRA**

---

### **Medicamentos**

Ampyra Oral Tab. 10 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Historial de convulsiones. Disfunción renal de moderada a severa (depuración de creatinina menor o igual a 50 ml/minuto). Pacientes con utilización concurrente de cualquier forma de 4-aminopiridina.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de esclerosis múltiple Y paciente es capaz de deambular (puede caminar por lo menos 25 pies) Y paciente tiene dificultad para caminar. CrCL

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

Inicial - 3 meses.

Renovación - 12 meses

### **Otros Criterios**

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

## **ESTEROIDES ANABÓLICOS**

---

### **Medicamentos**

Oxandrolone Oral Tab 2.5 mg

Oxandrolone Oral Tab 10 mg

Anadrol Oral Tab 50mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Carcinoma de mama en mujeres con hipercalcemia, carcinoma de la próstata o de mama masculino, hipercalcemia, nefrosis, embarazo.

### **Información Médica Requerida**

Calcio sérico

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

6 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ANDRODERM**

---

### **Medicamentos**

Androderm Transdermal Patch 2 mg/24 Hr

Androderm Transdermal Patch 4 mg/24 Hr

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

No cubierto para el tratamiento de la disfunción sexual. Hombres con cáncer de seno o que tienen o se sospecha que tienen cáncer de próstata.

### **Información Médica Requerida**

Hipogonadismo primario: dos niveles bajos de testosterona en días separados con LH y FSH elevados.

Hipogonadismo hipogonadotrópico: Dos niveles bajos de testosterona total en días separados con LH y FSH bajo a bajo normal.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## ANTINEOPLÁSICOS

---

### Medicamentos

Bosulif oral Tab 100 mg, 400 mg, 500 mg  
Cometriq Oral Cap 60 mg, 100 mg, 140 mg  
Erivedge Oral Cap 150 mg  
Gilotrif Oral Tab 20 mg, 30 mg, 40 mg  
Inlyta Oral Tab 1 mg & 5 mg  
Kadcyla Inj Solution 20 mg /ml, 160 mg/ml  
Mekinist Oral Tab. 0.5 mg & 2mg  
Pomalyst Oral Cap 1 mg, 2mg, 3 mg, 4 mg  
Soltamox Oral Sol. 10 mg/5ml  
Stivarga Oral Tab 40 mg  
Synribo SubQ 3.5 mg vial  
Tafinlar Oral Cap 50 mg & 75 mg  
Zaltrap IV 100 mg/4ml vial

### Usos Cubiertos

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

### Criterios de Exclusión

Ninguno

### Información Médica Requerida

Ninguno

### Restricción de Edad

18 años o más

### Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

### Duración de Cubierta

12 meses

### Otros Criterios

Debe cumplir con los criterios de cubierta bajo la Parte D y no debe ser cubierto bajo la Parte B

## ANTIPSIKÓTICOS

---

### Medicamentos

Geodon Inj. 20 Mg/MI

Fanapt Oral Tab 1 Mg, 2 Mg, 4 Mg, 6 Mg, 8 Mg, 10 Mg, 12 Mg

Fanapt Titration Pack

Saphris Sublingual Tab 2.5mg, 5 Mg, 10 Mg

Risperdal Consta Suspension Reconstituted 25 Mg, 37.5 Mg, 50 Mg Intramuscular

Invega Trinza Prefilled Syringe 273mg, 410 Mg, 546 Mg, 819 Mg

Invega Sustenna 39 Mg-0.25ml, 78 Mg-0.5 MI, 117 Mg – 0.75 MI, 156 Mg – MI, 234 Mg – 1.5 MI

Abilify Maintena Suspension Reconstituted Er 300 Mg, 400 Mg Intramuscular

Abilify Maintena Prefilled Syringe 400 Mg Intramuscular

Latuda Oral Tab 20 Mg, 40 Mg, 60 Mg, 80 Mg, 120 Mg

Rexulti Oral Tab. 0.25 Mg, 0.5 Mg, 1 Mg, 2 Mg, 3 Mg, 4 Mg

Vraylar Oral Cap 1.5 Mg, 3 Mg, 4.5 Mg, 6 Mg

Vraylar Therapy Pack 1.5mg/3mg

Aristada Prefilled Syringe 441 Mg/1.6ml, 662 Mg/2.4ml, 882 Mg/3.2ml, 1064 Mg/3.9ml Intramuscular

### Usos Cubiertos

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

### Criterios de Exclusión

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

### Información Médica Requerida

Uso previo de antipsicóticos genéricos, por indicación. Esquizofrenia: clozapina, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Desorden bipolar maníaco o episodios mixtos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona. Trastorno esquizoafectivo: clozapina, paliperidona. Agitación aguda con esquizofrenia y manía bipolar: olanzapina. Depresión en desorden bipolar: olanzapina, quetiapina. Trastorno depresivo mayor: olanzapina.

### Restricción de Edad

Según edad aprobada por FDA

### Restricción de Médico

Ninguna

### Duración de Cubierta

12 meses

### Otros Criterios

Ninguno

# ARCALYST

---

**Medicamentos**

Arcalyst SubQ 220 mg vial

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

PPD (-)

**Restricción de Edad**

12 años o más

**Restricción de Médico**

Inmunólogo, alergista, dermatólogo, reumatólogo ó neurólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Para continuidad. El paciente ha experimentado estabilidad o mejoría de los síntomas clínicos mientras ha estado en terapia con el medicamento y se toma como evidencia uno de los siguientes: A) mejoría de la erupción, fiebre, dolor en las coyunturas, dolor de cabeza, conjuntivitis, B) disminución del número de días de emergencia de la enfermedad, C) normalización de indicadores inflamatorios (CRP, ESR, SAA), D) reducción de la dosis de corticosteroides, O E) mejoría en la puntuación global de MD o el conteo de las articulaciones activas

# AUBAGIO

---

## **Medicamentos**

Aubagio Oral Tab 14 mg

Aubagio Oral Tab 7 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo o posibilidad de embarazo sin el uso de un método anticonceptivo eficaz. Insuficiencia hepática grave.

## **Información Médica requerida**

Diagnóstico (esclerosis múltiple, formas recurrentes). CBC, incluido un recuento de linfocitos. Las autorizaciones de renovación de Aubagio dependen de una mejoría documentada en los síntomas y la falta y / o disminución de las recaídas.

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Neurólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Obtener CBC que incluya un conteo de linfocitos, antes de comenzar la terapia, después de 6 meses de tratamiento, y en adelante, cada 6 a 12 meses según sea clínicamente indicado.

## **BANZEL**

---

### **Medicamentos**

Banzel Oral Susp 40 mg/ml , Banzel Oral Tab 200 mg & 400 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Peso

### **Restricción de Edad**

1 año de edad o más

### **Restricción de Médico**

Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **BARACLUDE**

---

### **Medicamentos**

Baraclude Oral Solution 0.05 mg/ml  
Entecavir Oral Tab 0.5 mg, 0.1 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Adultos y pacientes pediátricos de 2 años o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# **BENLYSTA**

---

## **Medicamentos**

Benlysta Solution Auto-injector 200 MG/ML Subcutaneous

Benlysta Solution Prefilled Syringe 200 MG/ML Subcutaneous

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Estar recibiendo otra terapia biológica o cyclophosphamida intravenosa. Infecciones crónicas.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de Lupus Eritematoso activo, anticuerpo-positivo (pruebas aceptables incluyen: ANA, anti-ds-DNA, anti-Sm, etc.) Y el paciente debe estar recibiendo concurrentemente una o más de las siguientes terapias estandarizadas: corticosteroides, antimalaria, NSAIDs, inmunosupresores.

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

## **BUPHENYL**

---

### **Medicamentos**

Sodium Phenylbutyrate Oral Powder  
Sodium Phenylbutyrate Oral Tab 500 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Hiperamonemia aguda (no utilizar para la manejo de emergencias)

### **Información Médica Requerida**

BSA

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **CABOMETYX**

---

### **Medicamentos**

Cabometyx Oral Tab 20 mg, 40 mg, 60 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguna

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico: Carcinoma avanzado de células renales

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Oncólogo, hematólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **CALQUENCE**

---

### **Medicamentos**

Calquence Oral Cap 100 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguna

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de Linfoma de célula mantle (MCL) que haya recibido al menos un tratamiento previo.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **CARBAGLU**

---

### **Medicamentos**

Carbaglu Tablet 200 Mg Oral

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de deficiencia de glutamato N-acetil-sintasa (NAGS) y el paciente está experimentando hiperamonemia aguda o crónica.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Cayston Inh Sol. 75 mg/ml

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguna

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico

**Restricción de Edad**

Fibrosis quística: 7 años de edad y mayores

**Restricción de Médico**

Neumólogo o especialista en enfermedades infecciosas

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Para continuación: El paciente se beneficia del tratamiento (es decir, mejoría de la función pulmonar [volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1)] o disminución del número de exacerbaciones pulmonares).

# CHANTIX

---

## **Medicamentos**

Chantix Starting Month 0.5 mg & 1 mg

Chantix Oral Tab 0.5 mg

Chantix Oral Tab 1 mg

Chantix Continuing Month Pack 1 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Ninguna

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Evidence of therapeutic failure to bupropion.



# CHOLBAM

---

## Medicamentos

Cholbam Oral Cap 50 mg

Cholbam Oral Cap 250 mg

## Usos Cubiertos

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

## Criterios de Exclusión

Manifestaciones extra hepáticas de los trastornos de la síntesis de ácidos biliares debidos a defectos enzimáticos únicos SED o trastornos de los peroxisomas PD incluyendo trastornos de Zellwegerspectrum. Disfunción hepática.

## Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: El paciente debe tener UNO de los siguientes: A. Trastorno de la síntesis de ácido biliar debido a defectos enzimáticos únicos (DEE) o B. Trastorno peroxisomal (EP), incluidos los trastornos del espectro de Zellweger, como tratamiento coadyuvante. 2. El diagnóstico se confirmó mediante espectrometría de masas u otras pruebas bioquímicas o pruebas genéticas. 3. Resultados basales de AST, ALT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina e INR. 4. Peso del paciente

## Restricción de Edad

3 semanas de edad o mayores.

## Restricción de Médico

1. Hepatólogo
2. Gastroenterólogo
3. Médico geneticista metabólico o biomédico con experiencia en tratamiento para el trastorno de síntesis de ácidos biliares / Trastorno peroxisomal.

## Duración de Cubierta

Inicio: 6 meses

Continuación: 12 meses

## Otros Criterios

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

## CINRYZE

---

### **Medicamentos**

Cinryze Iny. 500 unidades/vial

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de angioedema hereditaria. Y el medicamento será utilizado para profilaxis rutinaria en contra de la angioedema.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Inmunólogo, alergista o reumatólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

# CORLANOR

---

## **Medicamentos**

Corlanor Oral Tab 5 mg  
Corlanor Oral Tab 7.5 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

1. Insuficiencia cardíaca descompensada aguda.
2. Presión arterial inferior a 90/50 mmHg.
3. Síndrome del seno enfermo, bloqueo sinoauricular o bloqueo AV de tercer grado, a menos que esté presente un marcapasos que funcione en funcionamiento.
4. Frecuencia cardíaca en reposo inferior a 60 bpm antes del tratamiento.

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica sintomática estable con fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual al 35%, que se encuentra en ritmo sinusal con frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 70 latidos por minuto y dosis máxima toleradas de beta bloqueadores o contraindicación al uso de bloqueadores beta. Debe tener una terapia óptima con el tratamiento estándar de ACEI o ARB a menos que sea intolerante o contraindicado.

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Cardiólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **COTELLIC**

---

### **Medicamentos**

Cotellic 20 mg Oral Tab.

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: melanoma irresecable o metastásico con una mutación BRAF V600E o V600K, en combinación con vemurafenib.
2. Prueba genética: presencia de mutación BRAF V600E o V600K en muestras tumorales.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## COX-2

---

### **Medicamentos**

Celecoxib Oral Cap 50 mg, 100 mg, 200 mg, 400 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

1. Antecedentes de asma, urticaria u otras reacciones de tipo alérgico después de tomar aspirina u otros NSAIDs,
2. En el contexto de la cirugía de revascularización coronaria.

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

- Pacientes con historial de enfermedades cardiovasculares y/o Diabetes Mellitus: 3 meses, excepto cuando el médico provea certificación de necesidad médica
- Pacientes sin historial de enfermedades cardiovasculares y/o Diabetes Mellitus: 12 meses

### **Otros Criterios**

Requiere tratar y fallar en los pasados 180 días al tratamiento de 2 NSAIDS (Antiinflamatorios No Esteroidales, por sus siglas en inglés).

## **CYCLOBENZAPRINE-BEERS**

---

### **Medicamentos**

Cyclobenzaprine Oral Tab. 5 mg, 10 mg, 7.5 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones medicamente aceptadas no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico 2. Certificación médica en la que indique que él/ella ha evaluado el riesgo versus beneficio durante el uso de este medicamento de alto riesgo (HRM) y aun así desea iniciar ó continuar terapia.

### **Restricción de Edad**

La preautorización es sólo requerida para el rango específico de edad de 65 años o más. El rango de edad aprobado sin necesidad de preautorización es 64 años o menos.

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

El médico ha evaluado el riesgo versus el beneficio para el uso de este medicamento de alto riesgo (HRM) y ha confirmado que él/ella aun así desea iniciar /continuar terapia.

## **DAKLINZA**

---

### **Medicamentos**

Daklinza Oral Tab 30 mg, 60 mg y 90 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Infección crónica de hepatitis C confirmada por la presencia de RNA del VHC en suero antes de iniciar tratamiento. Régimen de tratamiento, genotipo, historial previo de tratamiento, presencia o ausencia de cirrosis (compensada o descompensada [Child Turcotte Pugh class B or C]), presencia o ausencia de infección con HIV, presencia o ausencia de resistencia, estado en relación a trasplante de hígado. Las condiciones de cobertura y las duraciones específicas de la aprobación se basarán en las directrices actuales del tratamiento de la AASLD.

### **Restricción de Edad**

18 años de edad o mayores

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

### **Duración de Cubierta**

Los criterios se aplicarán de acuerdo a las guías actualizadas de la AASLD-IDSA

### **Otros Criterios**

Ninguno.

## **DEMEROL INJ. MEPERIDINE INJ.**

---

### **Medicamentos**

Meperidine Inj. 50 mg

Meperidine Inj. 25 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico, Indicación de uso

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

1. Para el manejo del dolor de moderado a severo: anestesiólogo, especialista en control del dolor, hematólogo-oncólogo 2. Premedicación para procedimientos: gastroenterólogo

### **Duración de Cubierta**

30 días

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D 1. Para el dolor de moderado a severo, fallo a tratamiento o efecto adverso a dos (2) medicamentos opioides del formulario de acción corta disponibles. 2. Dosis diaria máxima permitida: 1200 mg / día para el tratamiento del dolor agudo de moderado a grave. El uso crónico no se recomienda debido a un mayor riesgo de neurotoxicidad (por ejemplo, convulsiones) secundario a la acumulación del metabolito de meperidina, normeperidina.



# **MEDICAMENTOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD**

---

## **Medicamentos**

Humira Pediatric Crohns Start Prefilled Syringe Kit 80 Mg/0.8ml & 40mg/0.4ml Subcutaneous  
Humira Pediatric Crohns Start Prefilled Syringe Kit 80 Mg/0.8ml Subcutaneous  
Humira Pen Pen-Injector Kit 40 Mg/0.4ml Subcutaneous  
Humira Pen Pen-Injector Kit 40 Mg/0.8ml Subcutaneous  
Humira Pen-Cd/Uc/Hs Starter Pen-Injector Kit 40 Mg/0.8ml Subcutaneous  
Humira Pen-Cd/Uc/Hs Starter Pen-Injector Kit 80 Mg/0.8ml Subcutaneous  
Humira Pen-Ps/Uv Starter Pen-Injector Kit 40 Mg/0.8ml Subcutaneous  
Humira Pen-Ps/Uv Starter Pen-Injector Kit 80 Mg/0.8ml & 40mg/0.4ml Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 10 Mg/0.1ml Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 10 Mg/0.2ml Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 20 Mg/0.2ml Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 20 Mg/0.4ml Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 40 Mg/0.4ml Subcutaneous  
Humira Prefilled Syringe Kit 40 Mg/0.8ml Subcutaneous

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

PPD (-)

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Para la artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante: Reumatólogo  
Para psoriasis con artropatía: Reumatólogo o Dermatólogo  
Para la enfermedad de Crohn: Gastroenterólogo  
Para psoriasis de la placa: Dermatólogo o Reumatólogo  
Para la artritis idiopática juvenil: Reumatólogo  
Para colitis ulcerosa: Gastroenterólogo  
Para hidradenitis supurativa (HS): Dermatólogo  
Para uveítis: Oftalmólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

1. Para adultos con artritis reumatoide - Si el paciente ha probado un DMARD (marca o genérico, oral o inyectable) durante al menos 2 meses, o está recibiendo simultáneamente metotrexato (MTX), entonces se puede dar autorización para adalimumab. Adalimumab está aprobado por la FDA para la AR en adultos que han tenido una respuesta inadecuada a uno o más DMARD. DMARD son los

siguientes medicamentos: anakinra, auranofina (Ridaura), aurotioglucosa, azatioprina, ciclosporina (varias marcas genéricas), d-penicilamina (Cuprimina), etanercept, oro thiomalate de sodio (Aurolate, genérico), hidroxiclороquina, infliximab, leflunomida, MTX , O sulfasalazina.

2. Iniciar el tratamiento con DMARD como adalimumab no es lo común. La mayoría de los pacientes habrán recibido tratamiento inicial con DMARD oral (por ejemplo, hidroxiclороquina, sulfasalazina, MTX). Si el MTX está contraindicado se debe intentar otro DMARD oral. Algunos pacientes con pronósticos desfavorables (por ejemplo, edad temprana de aparición de la enfermedad, alto índice de factor reumatoide, aumento de la tasa de sedimentación de eritrocitos, hinchazón de más o igual a 20 articulaciones, manifestaciones extra articulares de la AR) o con erosión en las articulaciones podrían ser comenzados en un agente biológico, como el adalimumab, los pacientes serán evaluados por un farmacéutico y / o un médico caso por caso para determinar una recomendación de cobertura para el cliente.
3. Para la enfermedad de Crohn (moderada a grave), en pacientes con una respuesta inadecuada a al menos dos terapias convencionales (por ejemplo, sulfasalazina, medicamentos que contienen mesalamina como Asacol, Dipentum o Pentasa, corticosteroides, supresores del sistema inmune).
4. Para la colitis ulcerosa en pacientes con colitis ulcerosa activa moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada a los inmunosupresores tales como corticosteroides, azatioprina o 6-mercaptopurina (6-MP).

**Medicamento**

Enbrel Solution Prefilled Syringe 25 Mg/0.5ml Subcutaneous  
Enbrel Solution Prefilled Syringe 50 Mg/MI Subcutaneous  
Enbrel Solution Reconstituted 25 Mg Subcutaneous  
Enbrel Sureclick Solution Auto-Injector 50 Mg/MI Subcutaneous

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Infección seria activa (incluida la tuberculosis)

**Información Médica Requerida**

El diagnóstico de artritis reumatoide moderada a grave y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos durante al menos 3 meses consecutivos O diagnóstico de artritis idiopática juvenil poliarticular moderada a severa y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD) no biológicos durante al menos 3 meses consecutivos O diagnóstico de artritis psoriásica y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato O diagnóstico de espondilitis anquilosante y paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más NDAID O diagnóstico de psoriasis en placas crónica moderada a grave (que afecta más del 5% del área de superficie corporal o afecta áreas corporales cruciales como manos, pies, cara, o genitales) y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a terapia convencional con al menos uno de los siguientes: fototerapia y / o retinoides durante al menos un mes continuo o uno o más tratamientos orales sistémicos (es decir metotrexato, ciclosporina, acitretina, sulfasalazina) durante al menos 3 meses consecutivos.

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

AR (inicial), PJIA (inicial), AS (inicial): recetado por o en consulta con un reumatólogo. PsA (Inicial): recetado por o en consulta con un reumatólogo o dermatólogo. Psoriasis en placa (inicial): recetada por o en consulta con un dermatólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

El paciente ha sido examinado para detectar tuberculosis y la tuberculosis latente ha sido descartada o está siendo tratada.

## **ENTRESTO**

---

### **Medicamento**

Entresto Oral Tab. 24mg/26mg  
Entresto Oral Tab. 97mg/103mg  
Entresto Oral Tab. 49mg/51mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

1. Historial de angioedema relacionado con el tratamiento previo con inhibidores ACE o ARBs.
2. Uso concomitante con inhibidores ACE.
3. Uso concomitante con aliskiren en pacientes con diabetes

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Fracción de eyección menor o igual a 40 por ciento. La insuficiencia cardíaca se clasifica por NYHA como Clase II, III o IV. El paciente está recibiendo terapia concomitante con uno de los siguientes betabloqueadores en dosis máxima tolerada o tiene una contraindicación o intolerancia al tratamiento con betabloqueadores: bisoprolol, carvedilol o succinato de metoprolol.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Cardiólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Para la continuación: documentación de respuesta clínica positiva al tratamiento.

## **EPCLUSA**

---

### **Medicamento**

Epclusa Oral Tab 400 mg/100 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico
2. Genotipo
3. Estado de tratamiento del paciente ( Paciente nuevo en el tratamiento o paciente con experiencia previa en el tratamiento) Y
4. Estado de la Cirrhosis

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

1. Gastroenterólogo
2. Hepatólogo
3. Especialista en enfermedades infecciosas.

### **Duración de Cubierta**

12 semanas

### **Otros Criterios**

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

## **ERLEADA**

---

### **Medicamento**

Erleada Oral Tab 60 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico: Cáncer de próstata no metastásico resistente a castración

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ESTIMULANTES DE ERITROCITOS**

---

### **Medicamentos**

Procrit Inj Soln 2,000 unit/ml, 3,000 unit/ml, 4,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, unit/ml 20,000 unit/ml, 40,000 unit/ml

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D redactado como la anemia asociada con insuficiencia renal crónica (IRC), incluso en pacientes sometidos o no a diálisis, y en los términos como la anemia secundaria a la quimioterapia mielosupresora contra el cáncer en los tumores sólidos, mieloma múltiple, linfoma y la leucemia linfocítica. Además de la anemia en pacientes con VIH que reciben zidovudina. Pacientes con anemia (Hgb de 13,0 g / dl o menos) con alto riesgo de las transfusiones preoperatorias (secundaria a una pérdida significativa de sangre y se prevé que han de someterse, cirugía electiva no cardíaca, no vascular para reducir la necesidad de transfusiones de sangre alogénica). Anemia debido a síndrome mielodisplásico (SMD). La anemia asociada con el uso del tratamiento con ribavirina para la hepatitis C (en combinación con interferón o interferón pegilado alfa productos 2a/2b).

### **Criterios de Exclusión**

Hipertensión no controlada

### **Información Médica Requerida**

Anemia por CRF. La hemoglobina (Hb) igual o menor a 10,0 g/dL para comenzar. Hb menor o igual a 12,0 g/dl si previamente estuvo en epoetina alfa (EA) o Aranesp. Anemia con quimioterapia mielosupresora. Hb inmediatamente antes de la EA es de 10.0 g/dL o menos (o hematocrito [HCT] es de 30% o menos). Mantenimiento de EA en dosis inicial, si se mantiene el nivel de Hb 10,0 g / dl o menos (o hematocrito se mantiene un 30% o menos) 4 semanas después de la llegada de inicio y Hb es de 1,0 g / dl o más (aumento de hematocrito es del 3% o más). Paciente con Hb que aumenta menos de 1,0 g / dl (aumento de hematocrito inferior al 3%) vs pretratamiento línea de base de más de 4 semanas de tratamiento y Hb es inferior a 10,0 g / dl después de 4 semanas de tratamiento (hematocrito es inferior al 30%), la dosis recomendada por la FDA de partida puede ser mayor cuando esté en un 25%. El uso continuado no es razonable/necesario si Hb se eleva a menos de 1,0 g / dl (aumento de hematocrito inferior al 3%) versus referencia de pretratamiento por 8 semanas de tratamiento. Continuidad de EA no es razonable / necesaria si hay un rápido aumento de Hb superior a 1,0 g / dl (hematocrito superior al 3%) por más de 2 semanas de tratamiento a menos que Hb se mantenga por debajo o posteriormente caiga a menos de 10,0 g / dl (o si el hematocrito es menor a 30%). Continuación / restablecimiento de EA debe tener una reducción de dosis del 25% de la dosis previa. MDS, aprobar si Hb es 12,0 g / dl o menos. Pacientes que recibieron previamente Aranesp o EA, aprobar si la Hb es de 12.0 g / dL o menos. Se permiten 6 meses de tratamiento adicionales después de los primeros 6 meses si es Hb 12,0 g / dl o menos. La anemia en VIH (+ zidovudina), la Hb es 10,0 g / dl o menos, o los niveles de eritropoietina endógena son de 500 unidades / ml o menos al inicio de tratamiento. Anteriormente en EA, se aprobará si la Hb es de 12.0 g / dL o menos. Anemia a consecuencia del uso de ribavirina por hepatitis C, Hb 10,0 g / dl o menos al inicio de tratamiento. Para todas las condiciones, denegar si Hb es superior a 12,0 g / dl.

### **Restricción de Edad**

Un mes de edad o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, Gastroenterólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Nefrólogo, Cirujano.

**Duración de Cubierta**

- Curso quimioterapia: 8 semanas después de la última dosis de quimioterapia
- MDS: 6 meses
- Hemoglobina de 12 g/dL o menos: 6 meses adicionales
- Transfusiones: 3 semanas
- Otras: 12 meses

**Otros Criterios**

Determinación de beneficio Parte B versus la Parte D se realizará en el momento de la revisión previa de la autorización según la guía de la CMS para establecer si el fármaco prescrito debe usarse para una enfermedad relacionada con la enfermedad renal terminal (ESRD). Antes y durante el tratamiento con ESA, la saturación de transferrina debe ser al menos del 20%, y la ferritina debe ser de al menos 100 ng / mL.



## **ESBRIET**

---

### **Medicamento**

Esbriet Oral Cap 267 mg  
Esbriet Oral Tablet 267 mg  
Esbriet Oral Tablet 801 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico, fibrosis idiopática pulmonar confirmado por CT Scan o biopsia, paciente tiene incapacidad vital forzada (FVC) mayor o igual al 50 % de lo previsto y el paciente no tiene evidencia o sospecha de un diagnóstico alternativo de enfermedad pulmonar intersticial y se le realizaron pruebas de función hepática al comienzo de terapia.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Neumólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Para continuación de tratamiento, el paciente está estabilizado o tiene una disminución de menos del 10 por ciento de la capacidad vital forzada y el paciente no ha experimentado aumento en las enzimas AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o 3 veces mayor al límite superior de lo normal con signos o síntomas de daño hepático grave.

## **EXJADE**

---

### **Medicamentos**

Exjade Oral Tab 125 mg, 250 mg, 500 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Malignidades avanzadas, PLT menos de  $50 \times 10^9$  / L, síndromes mielodisplásicos de alto riesgo, CrCL menos de 40 ml / min, o SRCR mayor que 2 veces el ULN apropiado para la edad.

### **Información Médica Requerida**

SCr o CrCl en duplicado, transaminasa sérica, bilirrubina, ferritina sérica, y niveles de hierro antes de iniciar la terapia.

### **Restricción de Edad**

2 años o más

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## Medicamentos

Farydak Oral Cap 10 mg, 15 mg, 20 mg

## Usos Cubiertos

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

## Criterios de Exclusión

Ninguno

## Información Médica Requerida

Diagnóstico, múltiple myeloma y todo lo siguiente:

1. En combinación con bortezomib y dexametasona y,
2. Paciente ha recibido al menos 2 regímenes previos, incluyendo bortezomib y un agente inmunomodulador.
  - a. (Bortezomib / ciclofosfamida / dexametasona, Bortezomib / dexametasona, Bortezomib / doxorubicina / dexametasona, Bortezomib / lenalidomida / dexametasona, Bortezomib / talidomida / dexametasona).
  - b. Conteo sanguíneo completo (CBC). No iniciar la terapia si el recuento de plaquetas de línea de base es menor que  $100 \times 10^9 / L$  o si la línea de base de recuento absoluto de neutrófilos es inferior a  $1,5 \times 10^9 / L$ . Hb mayor que 10 g / dl.
  - c. ECG con la interpretación (en no más de una mes previo a la iniciación de la terapia): No iniciar si el QTc es más de 450 msec o si hay una anomalía clínicamente significativa del segmento ST o T. d. Los electrolitos séricos: (K: 3.5 -5.0 mEq/L o 3.5 -5.0 mmol/L, Mg: 1.5-2.5 mg/d.

## Restricción de Edad

18 años o más

## Restricción de Médico

1. Hematólogo
2. Oncólogo

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

El paciente debe estar afiliado al programa FARYDAK REMS

# FENTANYL

---

## Medicamentos

Fentanyl Transdermal Patch 0.012 mg/hr, 0.1 mg/hr, 0.025 mg/hr, 0.05 mg/hr, 0.075 mg/hr

Fentanyl Oral Lozenge 0.2 mg, 0.4 mg, 0.6 mg, 0.8 mg, 1.2 mg, 1.6 mg

Fentora Buccal Tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.4 mg, 0.6 mg, 0.8 mg

## Usos Cubiertos

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

## Criterios de Exclusión

Asma bronquial aguda o grave, íleo paralítico, depresión respiratoria significativa. Dolor agudo o post-operatorio, incluyendo el uso después de cirugías ambulatorias, o si se requiere analgesia para el período a corto plazo. Manejo de dolor leve o intermitente. Pacientes no tolerantes a opiáceos.

## Información Médica Requerida

Ninguna

## Restricción de Edad

Ninguno

## Restricción de Médico

Para Fentanyl OTF: Oncólogos y especialistas de dolor

## Duración de Cubierta

12 meses

## Otros Criterios

A. Parchos de fentanyl para los pacientes que:

1. Requieren tratamiento continuo, administración de opioides (las 24 horas del día) durante un período prolongado de tiempo
2. No pueden ser manejados por otros medicamentos, como analgésicos no esteroideos, combinación de opioides, u opioides de liberación inmediata

B. Fentanyl OTFC:

1. Paciente es incapaz de tragar, tiene disfagia, esofagitis, mucositis, o náuseas/vómitos incontrolables, o
2. Paciente no puede tomar otras drogas de acción corta (por ejemplo, oxicodona, sulfato de morfina, hidromorfona, etc.) secundario a la alergia o reacciones adversas graves. Y
3. Paciente está o estará en un narcótico de acción prolongada (por ejemplo, Duragesic), o el paciente se encuentra en narcóticos vía intravenosa, subcutánea, o la columna vertebral (intratecal, epidural), (por ejemplo, el sulfato de morfina, hidromorfona, citrato de fentanyl).

# FERRIPROX

---

## **Medicamentos**

Ferriprox Oral Tab. 500 mg

Ferriprox Oral Sol. 100mg/ml

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de sobrecarga de hierro, Transfusional - síndrome de talasemia. Recuento absoluto de neutrófilos (ANC)

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# FILGRASTIM

---

## **Medicamentos**

Neupogen Solution Prefilled Syringe 300 Mcg/0.5ml, 480 Mcg/0.8ml Injection  
Neupogen Solution 300 Mcg/MI 480 Mcg/1.6ml Injection  
Granix Solution Prefilled Syringe 300 Mcg/0.5ml, 480 Mcg/0.8ml Subcutaneous

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

CBC y recuento de plaquetas

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo o Especialista en Enfermedades Infecciosas

## **Duración de Cubierta**

Autorización será por 4 meses por solicitud dependiendo de diagnóstico para evaluar los resultados de laboratorio.

## **Otros Criterios**

Ninguno

# **FIRAZYR**

---

## **Medicamentos**

Firazyr 10 Mg/MI Prefilled Syringe

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Ninguna

## **Restricción de Edad**

18 años o mayor

## **Restricción de Médico**

Prescrito por, o en consulta con un alergista/inmunólogo o un especialista en el tratamiento de HAE (angioedema hereditaria) o condiciones relacionadas.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# FORTEO

---

**Medicamentos**

Forteo 0.02 Mg/Actuat Pen Injector

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico, el paciente ha intentado y ha fallado dos bisfosfonatos orales, T-score y aclaramiento de creatinina

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Endocrinólogos, Reumatólogos, Ortopedias, Ginecólogos

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Forteo puede ser aprobado para las indicaciones cubiertas de osteoporosis si el paciente ha intentado y ha fracasado a dos bifosfonatos orales (por ejemplo, alendronato, ibandronato), historial previo en reclamaciones, el medico deberá presentar documentación del expediente médico o de farmacia con el procesamiento a través del administrador de beneficio de farmacia previo. Si el paciente tiene insuficiencia renal grave (por ejemplo, aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml / min) o enfermedad renal crónica, o si el paciente tiene múltiples fracturas vertebrales con T-score vertebrales menores a -2.5.



**Medicamentos**

Gattex KIT 5 MG Subcutaneous

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Malignidad activa gastrointestinal (tracto gastrointestinal, hepatobiliar, pancreático), cáncer colorrectal, o cáncer de intestino delgado.

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de síndrome de intestino corto y paciente está recibiendo soporte nutricional especializado (es decir, la nutrición parenteral).
2. Imágenes de colonoscopia o alternativa con la extirpación de pólipos debe hacerse dentro de los 6 meses antes de la iniciación de teduglutida y los pacientes deben someterse a evaluaciones iniciales de laboratorio (bilirrubina, fosfatasa alcalina, lipasa y amilasa)

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Gastroenterólogo

**Duración de Cubierta**

Iniciación, 6 meses.

Renovación, 12 meses

**Otros Criterios**

Para la renovación, el paciente debe tener la necesidad de soporte parenteral disminuida (a un 20% de Disminución) después de por lo menos 6 meses de terapia.

**Medicamentos**

Gilenya Oral Cap 0.5 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Infarto de miocardio (en los últimos 6 meses), angina inestable, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, insuficiencia cardíaca descompensada que requiere hospitalización, o Clase III / IV de insuficiencia cardíaca, Historial del tipo Mobitz II segundo grado o tercera grado de bloqueo AV o síndrome del seno enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapaso, Línea de Base intervalo QTsec = 500 ms, tratamiento con antiarrítmicos clase Ia o III.

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico

**Restricción de Edad**

10 años o más

**Restricción de Médico**

Neurólogo o un especialista en esclerosis múltiple

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

# GLATIRAMER

---

## **Medicamentos**

Glatopa Prefilled Syringe 20 mg/ml  
Glatopa Prefilled Syringe 40 mg/ml  
Glatiramer Prefilled Syringe 20 mg/ml  
Glatiramer Prefilled Syringe 40 mg/ ml

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguna

## **Información Médica Requerida**

Ninguna

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Neurólogo o un especialista en esclerosis múltiple

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **HORMONAS DE CRECIMIENTO Y MEDICAMENTOS RELACIONADOS**

---

### **Medicamentos**

Norditropin FlexPro 10 mg/1.5ml, 15 mg/1.5ml, 5 mg/1.5ml

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones médicamente acepadas no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Insuficiencia respiratoria aguda, malignidad activa, uso para promoción del crecimiento en pacientes pediátricos con epífisis cerradas, pacientes pediátricos con síndrome de Prader-Willi que son severamente obesos, tienen antecedentes de obstrucción de la vía aérea superior o apnea del sueño, o tienen insuficiencia respiratoria severa y pacientes con actividad retinopatía diabética proliferativa o severa no proliferativa.

### **Información Médica Requerida**

Niños con deficiencia de hormona de crecimiento (HC) adquirida. Prueba de estimulación de GH documentada con 1 prueba (levodopa, hipoglicemia inducida por insulina, arginina, clonidina o glucagón) que muestra una deficiencia definida por una disminución de la respuesta sérica de HC a pruebas de estimulación de menos de 10 ng / mL y la altura basal menor que el tercer percentil para el género y edad Y velocidad de la altura del pretratamiento en niños menores de 3 años de menos de 7 cm / año y en niños mayores o iguales a 3 años de menos de 4 cm / año O niño de cualquier edad con velocidad de crecimiento menor al décimo percentil para la edad y sexo basados en al menos 6 meses de datos. Si el niño que ha sufrido radiación cerebral no tiene que cumplir los criterios para la altura de la línea de base. El hipopituitarismo congénito no tiene que cumplir los criterios de altura o velocidad de crecimiento. El niño que ha tenido una hipofisectomía no tiene que cumplir con ningún criterio. Estatura baja deficiente en HC (baja estatura idiopática) en niños con epífisis abiertas. 6 meses de prueba. Altura de la línea de base de menos que el tercer percentil (es decir, mayor que 2 DE por debajo de la media para el sexo y la edad Y la velocidad de la altura del pretratamiento en niños menores de 3 años menores de 7 cm / año y en niños mayores o iguales a 3 años menores de 4 cm / año O niño de cualquier edad con velocidad de crecimiento menor al décimo percentil para la edad y el sexo basados en al menos 6 meses de datos Y el endocrinólogo pediátrico debe certificar que el niño tiene una condición para la cual la HC es efectiva (o posiblemente será efectiva durante el ensayo inicial de la terapia) y el endocrinólogo pediátrico debe certificar que basándose en la radiografía de edad ósea, la altura prevista del adulto es menor que el percentil 3. El ensayo de 6 meses de HC es para establecer que la condición del niño responde a la terapia con HC. La autorización para el tratamiento continuo se basa en una respuesta clínica adecuada definida como una tasa de crecimiento anualizada aumentada en comparación con el año anterior.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Endocrinólogo o Nefrólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Adulto con deficiencia de Hormona de Crecimiento HC (comienzo) Y de comienzo en la adultez (HC solo o múltiples deficiencias hormonales / hipopituitarismo por enfermedad en la pituitaria , enfermedad en el hipotálamo. cirugía, tratamiento de radiación craneal, tratamiento de tumor, lesión

cerebral traumática, o hemorragia subaracnoidea) o en la niñez Y respuesta negativa a 1 prueba de estimulación de HC (tolerancia a insulina [pico inferior a 5 mcg / L] o glucagón [pico inferior a 3 mcg / L]) [GHRH más arginina se puede utilizar si está disponible], transición de adolescentes de somatropina 1 mes antes de volver a probar, OR 3 o más deficiencias de la hormona hipofisaria (TSH, ACTH, LH / FSH o AVP) y IGF-1 sérico de 84 microgramos/ L o menos utilizando el Esoterix ECB RIA o IGF-1 SDS ajustado por edad / sexo por debajo del percentil 2.5. , Turners, tratamiento inicial, femenino, y tiene corta estatura. SHOX , comienzo, epiphyses abiertas. CRI, de comienzo, aprobar. Prader-Willi, tratamiento inicial, aprobar. SGA / IUGR, tratamiento inicial, SGA nacidos Y ningún crecimiento de recuperación suficiente antes de los 4 años, Y de 2 a 8 años de edad, si son mayores de 8 años, aprobar tratamiento de 1 año si altura pre pubertad y la línea de base es menos del 3er percentil para Género / edad. Síndrome de Noonan, inicial, altura de línea de base es inferior al percentil 3. Infección por VIH con síndrome de desgaste o caquexia, VIH-positivo Y tienen 1 de los siguientes, pérdida de peso no intencionada documentada de más de o igual al 10% de la línea de base OR menos del 90% del límite inferior del peso corporal ideal O BMI inferior a O igual a 20 kg / m2 Y capaz de consumir o ser alimentado por medio de alimentación parenteral o enteral 75% o más de los requerimientos energéticos de mantenimiento basados en el peso corporal actual Y en el tratamiento antirretroviral mayor o igual a 30 días antes del inicio de tratamiento con HC y continuara el tratamiento antirretroviral durante el tratamiento con HC . Se pueden autorizar cursos repetidos de GH de 12 o 24 semanas después del curso inicial de HC de 12 ó 24 semanas para la infección por VIH con emaciación o caquexia, siempre y cuando estén fuera de la HC por al menos 1 mes y cumple con todos los criterios previos de VIH. Asumir o alimentarse por medio de la alimentación parenteral o enteral 75% o más de los requerimientos energéticos de mantenimiento basados en el peso corporal actual y en el tratamiento antirretroviral durante o más de 30 días antes del comienzo de tratamiento con HC y continuará con el tratamiento antirretroviral .Pacientes, SBS, serán evaluados caso por caso para más de un curso de 4 semanas por año.

# HARVONI

---

**Medicamentos**

Harvoni Oral Cap 90-400mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico,
2. Genotipo Y
3. Es requerido determinar el estado del tratamiento del paciente (Paciente nuevo en el tratamiento o con experiencia.)

**Restricción de Edad**

12 años o más

**Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

**Duración de Cubierta**

12 a 24 semanas dependiendo de la línea base del huésped y factores virales.

**Otros Criterios**

Los criterios se aplicaran de acuerdo a las guias de AASLD / IDSA mas actualizadas.

## **HEPSERA**

---

### **Medicamentos**

Adefovir dipivoxil Oral Tab 10 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

12 años o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **HETLIOZ**

---

### **Medicamento**

Hetlioz 20 mg oral cap.

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico: Trastorno del sueño no 24 horas y el paciente está totalmente ciego sin percepción de la luz.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Especialista en trastornos del sueño o Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **HEXALEN**

---

### **Medicamentos**

Hexalen Oral Cap 50 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Depresión de la médula ósea severa o toxicidad neurológica severa preexistente.

### **Información Médica Requerida**

BSA

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **HIPNÓTICOS NO-BENZODIACEPINAS - BEERS**

---

### **Medicamentos**

Zaleplon 5 mg, 10 mg Oral Cap

Zolpidem Tartrate Oral Tab. 5mg, 10 mg

Zolpidem Tartrate Oral Tab ER 6.25 mg, 12.5 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

La preautorización sólo se requiere para un rango de edad específico, 65 años o más. El rango de edad aprobado sin preautorización es de 64 años o menos.

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

PA será aprobado si la declaración de la necesidad médica es proporcionada por el médico incluyendo la utilización previa y fracaso de una alternativa de no alto riesgo. Alternativas en formulario incluyen pero no se limitan a Silenor

## **HUMULIN R 500**

---

### **Medicamento**

Humulin R Pen Injector 500 units/ml (kiwipen)

Humulin R (Concentrated) 20 ml vial

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Para uso de bomba de insulina.

### **Información Médica Requerida**

Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus que requiere utilizar más de 200 unidades de insulina por día.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **IBRANCE**

---

### **Medicamentos**

Ibrance Oral Cap 100 mg, 125 mg, 75 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico del cáncer de mama avanzado o metastásico negativo del receptor del factor epidérmico humano 2 (HER 2) humano positivo al receptor hormonal (HR) en combinación con: un inhibidor de aromatasa como tratamiento endocrino inicial en mujeres postmenopáusicas o fulvestrant en mujeres con progresión de la enfermedad después de la terapia endocrina.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo - Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Iclusig Oral Tab 15 mg

Iclusig Oral Tab 45 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de:

- 1) Leucemia mieloide crónica, acelerada o blástica, para la cual no está indicada ninguna otra terapia de inhibidores de la quinasa de tirosina.
- 2) Leucemia mieloide crónica, T315l-positiva, acelerada o blástica.
- 3) Leucemia limfoblástica aguda, Cromosoma Philadelphia-Positivo; para la cual no este indicada ninguna otra terapia de inhibidores de la quinasa de tirosina.,.
- 4) Leucemia limfoblástica aguda, Cromosoma Philadelphia-Positivo, T315l-positivo.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Debe cumplir con los criterios de cobertura de la Parte D y no estar cubierto por la parte B.

## **IDHIFA**

---

### **Medicamentos**

Idhifa Oral Tab 50 mg

Idhifa Oral Tab 100 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico, tratamiento para pacientes adultos con leucemia mieloide aguda recurrente o refractaria (AML) con una mutación de isocitrato de deshidrogenasa-2 (IDH2) detectada por una prueba aprobada por la FDA.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **IMATINIB**

---

### **Medicamentos**

Imatinib Oral Tab 100 mg

Imatinib Oral Tab 400 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico. Para las indicaciones de CML y ALL, se requiere el estado cromosoma Filadelfia (Ph) de leucemia. Nuevos pacientes con CML y ALL Ph-positivo recibirán autorización para imatinib.

### **Restricción de Edad**

1 año de edad y mayores

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Para CML, paciente nuevo debe ser Ph positivo a CML para aprobación de imatinib. Para TODOS, paciente nuevo debe ser Ph- positivo para aprobación de imatinib.

# INCRELEX

---

**Medicamentos**

Increlex Injectable Solution 10 Mg/MI

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Neoplasia activa o con sospecha.

**Información Médica Requerida**

Peso

**Restricción de Edad**

2-18 años

**Restricción de Médico**

Endocrinólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno



## **INTERFERON BETA-1B**

---

### **Medicamentos**

Betaseron SubQ 0.3 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

### **Ninguna Información Médica Requerida**

MRI

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Neurólogo o un especialista en Esclerosis Múltiple

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Iressa Oral Tab 250 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico: cáncer metastásico de pulmón microcítico (CPNM), cuyos tumores tienen el factor de crecimiento epidémico (EGFR) exón deleción 19 o mutaciones del exón 21 (L858R) de sustitución según detectado por prueba aprobada por la FDA.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Para continuación de tratamiento basado en ambos de los siguientes criterios:

1. El paciente no ha experimentado progresión de la enfermedad Y
2. El paciente no ha presentado efectos adversos graves, mientras esta en tratamiento con el medicamento

# JAKAFI

---

**Medicamentos**

Jakafi Oral Tab 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Ninguna

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

**Duración de Cubierta**

Tratamiento inicial se limita a 6 meses y 12 meses siguientes.

**Otros Criterios**

Autorizaciones subsiguientes requieren documentación de la reducción del tamaño del bazo o la mejoría sintomática.

## **JUXTAPID**

---

### **Medicamentos**

Juxtapid Oral Cap. 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Insuficiencia hepática de moderada a severa o enfermedad hepática activa que incluye pruebas de función hepática anormal persistente e inexplicable. Embarazo. Uso concomitante con inhibidores de CYP3A4 fuertes o moderados.

### **Información Médica Requerida**

El diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigótica evidenciado por uno de los siguientes: A) confirmación genética de 2 alelos mutantes en el receptor del LDL, ApoB, PCSK9 o hipercolesterolemia autosómica recesiva (ARH) del locus del gen de la proteína adaptadora O B) LDL sin tratar / pretratamiento LDL más de 500 mg / dL El paciente ha intentado y tuvo una respuesta inadecuada a la dosis máxima tolerada de una estatina de alta potencia (p. ej., atorvastatina, rosuvastatina), a menos que todas las estatinas estén contraindicadas Y haya fallado una estatina en combinación con ezetimiba.

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Cardiólogo, lipidólogo, endocrinólogo y / o genetista.

### **Duración de Cubierta**

Inicio - 6 meses. Renovación - 12 meses

### **Otros Criterios**

Para la renovación, el paciente ha respondido a la terapia con una disminución en los niveles de LDL desde el inicio Y el paciente no tiene contraindicaciones a la terapia.

# KALYDECO

---

## **Medicamentos**

Kalydeco Oral Tab 150 mg

Kalydeco Oral Granules 50 mg, 75 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de fibrosis quística (CF) la cual tiene una mutación en el gen CFTR sensible a ivacaftor basado en datos de ensayos clínicos y/o in vitro. Si el genotipo del paciente es desconocido, debe utilizarse una prueba de mutación de FQ autorizada por la FDA para detectar la presencia de una mutación CFTR seguido por una verificación bi-direccional de secuencia cuando sea recomendado por la de prueba de mutación

## **Restricción de Edad**

Gránulos orales: de 2 a 5 años de edad. Tabletas: 6 años de edad y mayores.

## **Restricción de Médico**

Neumólogo

## **Duración de Cubierta**

Iniciación, 3 meses.

Renovación, 6 meses

## **Otros Criterios**

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

## **KISQALI / FEMARA**

---

### **Medicamentos**

Kisqali / Femara Therapy Pack 200 mg/2.5 mg

Kisqali / Femara Therapy Pack 400 mg/2.5 mg

Kisqali / Femara Therapy Pack 600 mg/2.5 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico
2. Antes de iniciar el tratamiento el paciente se debe realizar CBC, prueba de función hepática y un ECG.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

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

# KORLYM

---

## **Medicamentos**

Korlym Oral Tab 300mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo. Paciente requiere tratamiento concomitante con corticosteroides a largo plazo (por ejemplo, la inmunosupresión para el trasplante de órganos). Historial de hemorragia vaginal sin explicación aparente. Hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial. Tomando concomitantemente simvastatina, lovastatina, o un sustrato de CYP3A con un estrecho margen terapéutico (por ejemplo, ciclosporina, dihidroergotamina, ergotamina, fentanilo, pimozida, quinidina, sirolimus, tacrolimus).

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de Cushing endógeno Y diabetes mellitus tipo 2 O intolerancia a glucosa Y paciente tiene hiperglicemia secundaria a hipercortisolismo y el paciente ha fallado a terapia o no es un candidato para la cirugía.
2. Afiliado ha fracasado o han sido intolerante a la terapia con inhibidores de la enzima suprarrenales.
3. Afiliados ha fracasado o ha sido intolerante a la terapia con agentes orales e inyectables para diabetes mellitus tipo 2.

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Endocrinólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# KUVAN

---

**Medicamentos**

Kuvan Oral Tab100 mg

Kuvan Oral Solution 100 mg, 500 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Peso

**Restricción de Edad**

1 mes de edad o más

**Restricción de Médico**

Endocrinólogo, hepatólogo, genetista y especialista en metabolismo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno



**Medicamentos**

Kynamro Prefilled Syringe 200mg/ml

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Insuficiencia hepática moderada a severa o enfermedad hepática activa incluyendo pruebas persistentes e inexplicables de función hepática anormal.

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de la hipercolesterolemia familiar homocigótica evidenciado por uno de los siguientes: A) confirmación genética de 2 alelos mutantes en el receptor de la LDL, ApoB, PCSK9, o locus del gen de la proteína adaptadora de la hipercolesterolemia recesiva autosómica (ARH) O B) LDL sin tratar / pretratamiento superior a 500 mg / dl con al menos uno de los siguientes: xantoma cutáneo o tendinoso antes de los 10 años de edad, antecedentes de enfermedad vascular temprana (hombres menores de 55 años, mujeres menores de 60 años) de ambos lados de la familia si LDL parenteral es desconocido, niveles elevados de colesterol LDL antes de la terapia de reducción de lípidos consistente con hipercolesterolemia familiar heterocigótica en ambos padres Y el medicamento se utilizará como complemento a otros tratamientos para la reducción de lípidos Y el paciente ha intentado y tuvo una respuesta inadecuada a la dosis máxima tolerada de estatina de alta potencia (Ej. atorvastatina, rosuvastatina), a menos que todas las estatinas estén contraindicadas Y haya probado y fallado una estatina en combinación con otras terapias reductoras de lípidos tales como ezetimiba, secuestrante de ácidos biliares o niacina.

**Restricción de Edad**

18 años o mayor

**Restricción de Médico**

Cardiólogo, endocrinólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Participación en programa de REMS.

# LENVIMA

---

## **Medicamentos**

Lenvima Pack 8 (4 mg)  
Lenvima Pack 10 (10 mg)  
Lenvima Pack 14 (10mg – 4 mg)  
Lenvima Pack 18 (10mg-4 mg)  
Lenvima Pack 20 (10 mg)  
Lenvima Pack 24 (10 mg-4 mg)

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico, 1. Cáncer Diferenciado de Tiroides (DTC): agente único para pacientes con DTC recurrente o metastásico refractario, a radiación con yodo O 2. Cáncer de Células Renales (RCC): en combinación con everolimus, para pacientes con RCC avanzado, luego de una terapia anti-angiogénica previa.

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

1. Hematólogo
2. Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# LETAIRIS

---

## **Medicamentos**

Letairis Oral Tab 5 mg

Letairis Oral Tab 10 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Embarazo. Fibrosis pulmonar idiopática.

## **Información Médica Requerida**

Para la indicación de hipertensión arterial pulmonar aprobada por la FDA, los pacientes que actualmente no están en Letairis deben someterse a un cateterismo del corazón para confirmar el diagnóstico de HAP para garantizar una evaluación médica adecuada. Para la indicación de hipertensión arterial pulmonar aprobada por la FDA, los pacientes actualmente con Letairis pueden continuar el tratamiento si tienen un diagnóstico de HAP. Letairis: los estudios que establecieron la efectividad incluyeron ensayos predominantemente en pacientes con clase funcional II de la OMS (38%), III (55%). Representación limitada de la clase funcional II de la OMS (2%) y IV (5%), síntomas y etiologías de la HAP idiopática o hereditaria (60%) o HAP asociada a enfermedades del tejido conectivo (34%).

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Neumólogo, Cardiólogo

## **Duración de Cubierta**

Inicio 6 meses. Renovación 12 meses

## **Otros Criterios**

Participación en programa REMS

## **MEDICAMENTOS LHRH**

---

### **Medicamentos**

Leuprolide Acetate Inj. Sol. 5 Mg/MI

Lupron Prefilled Syringe 3.75 mg/ml, 7.5 mg/ml, 11.25 mg/ml, 15 mg/ml, 30 mg/ml, 20 mg/ml

Lupron Depot Ped 30 mg

Trelstar Inj 3.75 mg, 11.25mg, 22.5 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ginecólogo, Urólogo, Oncólogo, Endocrinólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión de BvD.

# LIDODERM

---

**Medicamentos**

Lidocaine External Patch 5 %

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones medicamento aceptadas no excluidas de Parte D.

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Neuralgia postherpética o neuropatía diabética: El afiliado debe haber tenido una falla, reacción adversa, o contraindicación a gabapentin.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

# LINEZOLID

---

## **Medicamentos**

Linezolid Oral Tab 600 mg  
Linezolid Oral Susp 20 mg/ml  
Linezolid Inj 2 mg/ml

## **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones medicamento aceptadas no excluidas de Parte D.

## **Criterios de Exclusión**

Los pacientes que toman cualquier inhibidor de la monoamida oxidasa (IMAO) o dentro de las dos semanas de haber tomado un IMAO.

## **Información Médica Requerida**

Cultivo

## **Restricción de Edad**

Ninguna

## **Restricción de Médico**

Especialista de Enfermedades Infecciosas, Especialista Pulmonar o Dermatólogo

## **Duración de Cubierta**

10-14 días (infección por Enterococcus Faecium resistente a Vancomicina - 14-28 días)

## **Otros Criterios**

Para permitir la continuación de la terapia: 1. Aprobado si el paciente comenzó en el hospital, otra facilidad del paciente hospitalizado, o como paciente ambulatorio en linezolid intravenoso (IV) y ahora está cambiando al linezolid oral. 2. Aprobar si el paciente comenzó en el hospital u otro centro de internación en linezolid oral. Esto no incluye a los pacientes que comenzaron el linezolid oral como pacientes ambulatorios a menos que cumplan con otras excepciones mencionadas. 3. Linezolid ORAL - El paciente comenzó en el hospital, en otra instalación para pacientes hospitalizados o como paciente ambulatorio en la vancomicina IV. 4. Para linezolid IV - el paciente debe tener dificultad para tragar linezolid oral.

**Medicamentos**

Linzess Oral Cap 145 mcg

Linzess Oral Cap 290 mcg

Linzess Oral Cap 720 mcg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Obstrucción mecánica gastrointestinal.

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de síndrome de colon irritable con estreñimiento ocurriendo durante al menos 6 meses y el paciente ha intentado y ha fallado aumentando la ingesta de líquidos y fibra y paciente que ha intentado y ha fallado o tiene intolerancia a los laxantes osmóticos, laxantes estimulantes o probióticos O diagnóstico de estreñimiento idiopático crónico durante al menos 3 meses y el paciente ha intentado y ha fallado aumentando la ingesta de líquidos y fibra y pacientes ha intentado y ha fallado o tiene intolerancia a laxantes osmóticos, laxantes estimulantes o ablandadores fecales.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Gastroenterologo

**Duración de Cubierta**

Inicio 3 meses

Renovacion 12 meses

**Otros Criterios**

Para la renovación, el paciente ha experimentado un aumento en el número de movimiento intestinal (evacuaciones).

# LOTRONEX

---

## **Medicamentos**

Alosetron Oral Tab 0.5 mg

Alosetron Oral Tab 1 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

No iniciar en pacientes con estreñimiento. Historial de estreñimiento crónico o severo o secuelas por estreñimiento, obstrucción intestinal, estenosis, megacolon tóxico, perforación gastrointestinal y / o adherencias. Colitis isquémica, alteración de la circulación intestinal, tromboflebitis o estado de hipercoagulabilidad. Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Diverticulitis insuficiencia hepática grave. Uso concomitante de fluvoxamina

## **Información Médica Requerida**

Ninguna

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Solo médicos inscritos en el programa REMS

## **Duración de Cubierta**

12 semanas

## **Otros Criterios**

Participación para el programa de REMS.



# LUPANETA

---

**Medicamentos**

Lupaneta Pack 1-Month, Lupaneta Pack 3-Month

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico. Prueba de embarazo negativa.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Ginecólogo

**Duración de Cubierta**

Limitaciones de Uso: Ciclo de tratamiento inicial se limita a 6 meses. No se recomienda duración de terapia por más de 12 meses.

**Otros Criterios**

Ninguno

# **LYNPARZA**

---

## **Medicamentos**

Lynparza Oral Cap 50 mg  
Lynparza Oral Tab 100 mg  
Lynparza Oral Tab 150 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Debe ser cubierto bajo el beneficio de la Parte D.

## **MATULANE**

---

### **Medicamentos**

Matulane Oral Cap 50 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# MAVYRET

---

## **Medicamentos**

Mavyret Oral Tab 100 mg/40 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico
2. Genotipo
3. Estado del tratamiento del paciente (tratamiento con experiencia o sin experiencia). Si el paciente tiene experiencia en el tratamiento, deben ser documentados los medicamentos que utilizó anteriormente.
4. Estatus de Cirrosis

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista de enfermedades infecciosas.

## **Duración de Cubierta**

8 a 16 semanas

## **Otros Criterios**

Los criterios se aplicaran de acuerdo a las guías actuales de AASLD/IDSA

## MEDICAMENTOS B VS D

---

### Medicamentos

- Abelcet Intravenous Suspension 5 Mg/MI
- Acetylcysteine Inhalation Solution 10 %, 20 %
- Acyclovir Sodium Intravenous Solution 50 Mg/MI
- Albuterol Sulfate Inhalation Nebulization Solution (2.5 Mg/3ml) 0.083%, (5 Mg/MI) 0.5%, 0.63 Mg/3ml, 1.25 Mg/3ml
- Ambisome Intravenous Suspension Reconstituted 50 Mg
- Aminosyn Ii Intravenous Solution 10 %, 8.5 %
- Aminosyn Ii/Electrolytes Intravenous Solution 8.5 %
- Aminosyn/Electrolytes Intravenous Solution 7 %, 8.5 %
- Aminosyn-Hbc Intravenous Solution 7 %
- Aminosyn-Pf Intravenous Solution 10 %
- Aminosyn-Pf Intravenous Solution 7 %
- Aminosyn-Rf Intravenous Solution 5.2 %
- Amphotericin B Injection Solution Reconstituted 50 Mg
- Ampicillin Sodium Injection Solution Reconstituted 1 Gm, 125 Mg
- Ampicillin Sodium Intravenous Solution Reconstituted 10 Gm
- Ampicillin-Sulbactam Sodium Injection Solution Reconstituted 1.5 (1-0.5) Gm, 15 (10-5) Gm, 3 (2-1) Gm
- Aprepitant Oral Capsule 125 Mg, 40 Mg, 80 & 125 Mg, 80 Mg
- Azathioprine Oral Tablet 50 Mg
- Bivigam Intravenous Solution 10 Gm/100ml
- Budesonide Inhalation Suspension 0.25 Mg/2ml, 0.5 Mg/2ml, 1 Mg/2ml
- Calcitriol Oral Solution 1 Mcg/MI
- Caspofungin Acetate Intravenous Solution Reconstituted 50 Mg, 70 Mg
- Cefoxitin Sodium Injection Solution Reconstituted 10 Gm
- Cefoxitin Sodium Intravenous Solution Reconstituted 1 Gm, 2 Gm
- Ceftriaxone Sodium Injection Solution Reconstituted 1 Gm, 2 Gm, 250 Mg, 500 Mg
- Ceftriaxone Sodium Intravenous Solution Reconstituted 10 Gm
- Cefuroxime Sodium Injection Solution Reconstituted 7.5 Gm, 750 Mg
- Cefuroxime Sodium Intravenous Solution Reconstituted 1.5 Gm
- Clinimix/Dextrose (2.75/5) Intravenous Solution 2.75 %
- Clinimix/Dextrose (4.25/10) Intravenous Solution 4.25 %
- Clinimix/Dextrose (4.25/20) Intravenous Solution 4.25 %
- Clinimix/Dextrose (4.25/25) Intravenous Solution 4.25 %
- Clinimix/Dextrose (4.25/5) Intravenous Solution 4.25 %
- Clinimix/Dextrose (5/15) Intravenous Solution 5 %
- Clinimix/Dextrose (5/20) Intravenous Solution 5 %
- Clinimix/Dextrose (5/25) Intravenous Solution 5 %
- Colistimethate Sodium (Cba) Injection Solution Reconstituted 150 Mg
- Cromolyn Sodium Inhalation Nebulization Solution 20 Mg/2ml
- Cyclophosphamide Oral Capsule 25 Mg, 50 Mg
- Cyclosporine Modified Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg, 50 Mg
- Cyclosporine Modified Oral Solution 100 Mg/MI
- Cyclosporine Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg
- Daptomycin Intravenous Solution Reconstituted 500 Mg
- Depo-Provera Intramuscular Suspension 400 Mg/MI

- Diphtheria-Tetanus Toxoids Dt Intramuscular Suspension 25-5 Lfu/0.5ml
- Dronabinol Oral Capsule 10 Mg, 2.5 Mg, 5 Mg
- Duramorph Injection Solution 0.5 Mg/ML, 1 Mg/ML
- Emend Oral Suspension Reconstituted 125 Mg
- Engerix-B Injection Suspension 10 Mcg/0.5ml, 20 Mcg/ML
- Erythrocin Lactobionate Intravenous Solution Reconstituted 500 Mg
- Fluconazole In Sodium Chloride Intravenous Solution 200-0.9 Mg/100ml-%, 400-0.9 Mg/200ml-%
- Freamine Hbc Intravenous Solution 6.9 %
- Gammagard Injection Solution 2.5 Gm/25ml
- Gammagard S/D Less Iga Intravenous Solution Reconstituted 10 Gm, 5 Gm
- Gammaplex Intravenous Solution 10 Gm/100ml, 10 Gm/200ml, 20 Gm/200ml, 5 Gm/50ml
- Gamunex-C Injection Solution 1 Gm/10ml
- Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg
- Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML
- Granisetron Hcl Oral Tablet 1 Mg
- Heparin Sodium (Porcine) Injection Solution 1000 Unit/ML, 10000 Unit/ML, 20000 Unit/ML, 5000 Unit/ML
- Hepatamine Intravenous Solution 8 %
- Hydromorphone Hcl Pf Injection Solution 10 Mg/ML, 50 Mg/5ml
- Imipenem-Cilastatin Intravenous Solution Reconstituted 250 Mg, 500 Mg
- Intralipid Intravenous Emulsion 20 %
- Intralipid Intravenous Emulsion 30 %
- Invanz Injection Solution Reconstituted 1 Gm
- Ipratropium Bromide Inhalation Solution 0.02 %
- Ipratropium-Albuterol Inhalation Solution 0.5-2.5 (3) Mg/3ml
- Levalbuterol Hcl Inhalation Nebulization Solution 0.31 Mg/3ml, 0.63 Mg/3ml, 1.25 Mg/0.5ml, 1.25 Mg/3ml
- Levocarnitine Oral Solution 1 Gm/10ml
- Lidocaine External Ointment 5 %
- Lidocaine Hcl External Gel 2 %
- Lidocaine-Prilocaine External Cream 2.5-2.5 %
- Meropenem Intravenous Solution Reconstituted 1 Gm, 500 Mg
- Methotrexate Oral Tablet 2.5 Mg
- Methotrexate Sodium (Pf) Injection Solution 50 Mg/2ml
- Methotrexate Sodium Injection Solution 250 Mg/10ml
- Morphine Sulfate Injection Solution 10 Mg/ML, 2 Mg/ML, 4 Mg/ML, 5 Mg/ML, 8 Mg/ML
- Mycamine Intravenous Solution Reconstituted 100 Mg, 50 Mg
- Mycophenolate Mofetil Oral Capsule 250 Mg
- Mycophenolate Mofetil Oral Suspension Reconstituted 200 Mg/ML
- Mycophenolate Mofetil Oral Tablet 500 Mg
- Mycophenolate Sodium Oral Tablet Delayed Release 180 Mg, 360 Mg
- Nafcillin Sodium Injection Solution Reconstituted 1 Gm
- Nafcillin Sodium Intravenous Solution Reconstituted 10 Gm
- Nebupent Inhalation Solution Reconstituted 300 Mg
- Neoral Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg
- Neoral Oral Solution 100 Mg/ML
- Nephramine Intravenous Solution 5.4 %
- Nutrilipid Intravenous Emulsion 20 %

- Octreotide Acetate Injection Solution 100 Mcg/ML, 1000 Mcg/ML, 200 Mcg/ML, 50 Mcg/ML, 500 Mcg/ML
- Ondansetron Hcl Oral Solution 4 Mg/5ml
- Ondansetron Hcl Oral Tablet 24 Mg, 4 Mg, 8 Mg
- Ondansetron Oral Tablet Dispersible 4 Mg, 8 Mg
- Paricalcitol Oral Capsule 1 Mcg, 2 Mcg, 4 Mcg
- Pentam Injection Solution Reconstituted 300 Mg
- Perforomist Inhalation Nebulization Solution 20 Mcg/2ml
- Polymyxin B Sulfate Injection Solution Reconstituted 500000 Unit
- Premasol Intravenous Solution 10 %, 6 %
- Privigen Intravenous Solution 20 Gm/200ml
- Procalamine Intravenous Solution 3 %
- Prosol Intravenous Solution 20 %
- Pulmozyme Inhalation Solution 1 Mg/ML
- Rapamune Oral Solution 1 Mg/ML
- Recombivax Hb Injection Suspension 10 Mcg/ML, 10 Mcg/ML (1ml Syringe), 40 Mcg/ML, 5 Mcg/0.5ml
- Sandimmune Oral Solution 100 Mg/ML
- Sensipar Oral Tablet 30 Mg, 60 Mg, 90 Mg
- Sirolimus Oral Tablet 0.5 Mg, 1 Mg, 2 Mg
- Somatuline Depot Subcutaneous Solution 120 Mg/0.5ml, 60 Mg/0.2ml, 90 Mg/0.3ml
- Tacrolimus Oral Capsule 0.5 Mg, 1 Mg, 5 Mg
- Teflaro Intravenous Solution Reconstituted 400 Mg, 600 Mg
- Tenivac Intramuscular Injectable 5-2 Lfu
- Tetanus-Diphtheria Toxoids Td Intramuscular Suspension 2-2 Lf/0.5ml
- Tobramycin Inhalation Nebulization Solution 300 Mg/5ml
- Tobramycin Sulfate Injection Solution 10 Mg/ML, 80 Mg/2ml
- Tpn Electrolytes Intravenous Solution
- Travasol Intravenous Solution 10 %
- Trophamine Intravenous Solution 10 %
- Vancomycin Hcl Intravenous Solution Reconstituted 10 Gm, 1000 Mg, 500 Mg
- Zortress Oral Tablet 0.25 Mg, 0.5 Mg, 0.75 Mg

### **Usos Cubiertos**

Estos medicamentos podrán ser cubiertos bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias. Para tomar la determinación de cubierta, puede requerirse que se someta información que describa el uso y el escenario de administración.

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

N/A

**Otros Criterios**

Ninguno



## **MEPRON**

---

### **Medicamentos**

Atovaquone Oral Susp 750 mg/5 ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Especialista en Enfermedades Infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **METHOXSALEN**

---

### **Medicamentos**

Methoxsalen Oral Cap 10 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Historial de enfermedades sensibles a la luz (lupus eritematoso, porfiria, xeroderma pigmentoso, y albinismo), historial de melanoma, carcinoma de células escamosas invasivas, afakia.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Dermatólogo, Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo, Reumatólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **Methylnaltrexone**

---

### **Medicamentos**

Relistor Inj Vial 12 mg /0.6 ml

Relistor Prefilled Syringe 12mg /0.6 ml

Relistor Prefilled Syringe 8 mg/0.4 ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Conocimiento o sospecha de obstrucción gastrointestinal y pacientes en mayor riesgo de obstrucción recurrente, puede producirse una perforación gastrointestinal.

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de estreñimiento inducido por el uso de opioides. El paciente debe haber tratado y fallado al uso de un laxante en los últimos 90 días.

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Oncólogo, Hematólogo ó Especialista de manejo de dolor

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# MODAFINIL

---

## **Medicamentos**

Modafinil Oral Tab 100 mg, 200 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes:

- A) somnolencia excesiva asociada con síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) / hipopnea confirmada por evaluación del laboratorio del sueño (por ejemplo, prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía) y documentación de somnolencia excesiva residual O
- B) somnolencia excesiva asociada con Narcolepsia confirmada por la evaluación del laboratorio del sueño (Ej. Prueba de latencia del sueño múltiple, polisomnografía) y el paciente ha intentado y fracasado, es incapaz de tolerar o tiene contraindicaciones a al menos otro estimulante del sistema nervioso central (por ejemplo, metilfenidato, sales mixtas, dextroanfetamina) O
- C) el diagnóstico de somnolencia excesiva asociado con el trastorno del trabajo por turnos confirmado por la evaluación del laboratorio del sueño y la alteración del sueño ha persistido durante al menos tres meses.

## **Restricción de Edad**

17 años de edad o mayor

## **Restricción de Médico**

Ninguno

## **Duración de Cubierta**

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

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Medicamentos**

Natpara Cartridge Inj. 25 mcg

Natpara Cartridge Inj. 50 mcg

Natpara Cartridge Inj. 75 mcg

Natpara Cartridge Inj. 100 mcg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

1. Debido al riesgo potencial de osteosarcoma, se recomienda solo para pacientes que no pueden controlarse bien con suplementos de calcio y formas activas de vitamina D. 2. Pacientes con hipoparatiroidismo causado por mutaciones del receptor sensible al calcio. 3. Pacientes con hipoparatiroidismo postquirúrgico agudo.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de hipocalcemia secundaria a hipoparatiroidismo, 2. La concentración sérica de calcio es mayor a 7.5 mg / dL y las reservas de 25-hidroxivitamina D son suficientes.

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Endocrinólogo

## **Duración de Cubierta**

Inicio 3 meses. Continuación cada 6 meses.

## **Otros Criterios**

No se recomienda el uso concomitante con alendronato. El paciente debe estar inscrito en el programa NATPARA REMS. Bajo este programa, solo los proveedores de atención médica certificados pueden prescribir y solo las farmacias certificadas pueden dispensar Natpara.

## **NERLYNX**

---

### **Medicamentos**

Nerlynx Oral Tab 40 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico, tratamiento adyuvante prolongado para pacientes adultos con estadio temprano HER2, cáncer de mama sobre-expresado / amplificado para seguir con terapia adyuvante basada en trastuzumab.
2. El paciente esta en profilaxis antidiarreica.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# **NEXAVAR**

---

## **Medicamentos**

Nexavar Oral Tab 200 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

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

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **NINLARO**

---

### **Medicamentos**

Ninlaro Oral Cap 2.3 mg, 3 mg, 4 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico:

1. En combinación con lenalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido al menos un tratamiento previo.
2. Tratamientos previos
3. Protocolo – Utilización con lenalidomida y dexametasona.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



# **NORTHERA**

---

## **Medicamentos**

Nothera Oral Cap 100 mg, 200 mg, 300 mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

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

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Ninguna

## **Duración de Cubierta**

**30 días**

## **Otros Criterios**

Ninguno

# NUCALA

---

## **Medicamentos**

Nucala Inj vial 100mg

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

### 1. Diagnóstico de:

A. Asma grave como tratamiento complementario de mantenimiento, y con un fenotipo eosinofílico, el afiliado tenía un historial de 2 o más exacerbaciones en el año anterior a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados en dosis altas más un controlador adicional para el asma ( a menos que sea intolerante o contraindicado). O

B. Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) en pacientes con diagnóstico de EGPA durante al menos 6 meses con antecedentes de enfermedad recurrente o refractaria y con una dosis estable de prednisona oral o prednisona de 7.5 mg / día o mayor

### 2. Diferencial de CBC, Conteo de eosinófilos de más de 150 células por mcl.

## **Restricción de Edad**

Asma 12 años o más. EGPA, 18 años o más

## **Restricción de Médico**

Neumólogo, alergista o inmunólogo

## **Duración de Cubierta**

Inicial – 6 meses

Continuación – 12 meses

## **Otros Criterios**

Sujeto a revisión de beneficio B vs D. Para la continuación: El paciente ha mejorado en su condición, demostrado por una disminución en el uso de corticosteroides /orales sistémicos.

# **NUEDEXTA**

---

## **Medicamentos**

Nuedexta 20 mg/10 mg Oral Cap

## **Usos Cubiertos**

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

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

**Ninguno**

## **Restricción de Edad**

18 años o más.

## **Restricción de Médico**

Neurologo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **NUPLAZID**

---

### **Medicamentos**

Nuplazid Oral Tab. 17 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Pacientes ancianos con psicosis relacionada a demencia.

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: Alucinaciones y delirios asociados a la psicosis por enfermedad de parkinson Y el paciente presenta TODO lo siguiente: a. El médico ha intentado ajustar los medicamentos para parkinson con el fin de reducir la psicosis sin empeorar los síntomas motores antes de solicitar Nuplazid. b. “Mini-mental Status Exam”(MMSE) con una puntuación mayor o igual a 21.

### **Restricción de Edad**

18 años o más.

### **Restricción de Médico**

Psiquiatra, neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Armodafinil Oral Tab 50mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes:

- A) somnolencia excesiva asociada con síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) / hipopnea confirmada por evaluación del laboratorio del sueño (por ejemplo, prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía) y documentación de somnolencia excesiva residual O
- B) somnolencia excesiva asociada con Narcolepsia confirmada por la evaluación del laboratorio del sueño (Ej. Prueba de latencia del sueño múltiple, polisomnografía) y el paciente ha intentado y fracasado, es incapaz de tolerar o tiene contraindicaciones a al menos otro estimulante del sistema nervioso central (por ejemplo, metilfenidato, sales mixtas, dextroanfetamina) O
- C) el diagnóstico de somnolencia excesiva asociado con el trastorno del trabajo por turnos confirmado por la evaluación del laboratorio del sueño y la alteración del sueño ha persistido durante al menos tres meses.

**Restricción de Edad**

17 años o más.

**Restricción de Médico**

Neurólogo, Especialista en medicina del sueño, Psiquiatra.

**Duración de Cubierta**

Síndrome de OSA / hipopnea - 6 meses (iniciales), 12 meses (renovación). Otros diagnósticos - 12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **ODOMZO**

---

### **Medicamento**

Odomzo 200 mg Oral Cap.

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico: Carcinoma de células basales localmente avanzado (BCC) recurrente después de cirugía o radioterapia, o aquellos pacientes que no son candidatos a cirugía o radioterapia.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamento**

Osev Oral Cap 100mg

Osev Oral Cap 150mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de la fibrosis pulmonar idiopática confirmada por una tomografía computarizada de alta resolución o biopsia Y
2. Paciente no tiene evidencia o sospecha de diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial alterna Y
3. Pruebas de función hepática han sido realizadas antes del inicio de la terapia Y
4. Paciente tiene una capacidad vital forzada (FVC) mayor o igual a 50% de lo predicho.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Neumólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Para continuación del tratamiento, paciente estabilizado o muestra una disminución de menos del 10 por ciento en la fuerza de la capacidad vital y no ha experimentado elevaciones de AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o superior a 3 veces el límite superior de lo normal con signos o síntomas de daño hepático grave.

## **OPSUMIT**

---

### **Medicamento**

Opsumit 10 mg Oral Tab.

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar según la definición de grupo de la OMS 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Prueba de embarazo en mujeres de potencial reproductivo antes de la iniciación. Enzimas hepáticas basales

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Neumólogo, Cardiólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Para pacientes féminas se requiere participación en Programa REMS.



## **ORFADIN**

---

### **Medicamentos**

Orfadin Oral Cap 2 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg

Orfadin Oral Susp. 4mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Peso

### **Restricción de Edad**

Ninguno

### **Restricción de Médico**

Nefrólogo, gastroenterólogo, hematólogo, genetista, endocrinólogo o especialista en metabolismo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **OTROS MEDICAMENTOS RESPIRATORIOS**

---

### **Medicamentos**

Zemaira Inj. Sol. 50 mg/ml

Prolastin Inj Sol. 50 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Aralast- pacientes con enfermedad pulmonar en los que no se ha establecido una deficiencia congénita de alfa 1 -PI. Pacientes deficientes en inmunoglobulina A (IgA) con anticuerpos contra IgA

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Neumólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D

## **PANRETIN**

---

### **Medicamentos**

Panretin 0.1 % Topical Gel

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

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

---

### **Medicamentos**

Revatio Oral Suspension 10 mg / ml  
Sildenafil Oral Tab 20 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

1. Uso para disfunción eréctil
2. Pacientes que utilizan nitratos

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar según la definición de grupo de la OMS 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho.

### **Restricción de Edad**

18 años de edad o más

### **Restricción de Médico**

Neumólogo, Cardiólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **PROMACTA**

---

### **Medicamentos**

Promacta Oral Tab 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D. Trombocitopenia debido a cirrosis relacionada al virus de hepatitis C (VHC).

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de:

- 1) trombocitopenia crónica inmune (idiopática) que ha tenido respuesta insuficiente a los corticosteroides, inmunoglobulinas o esplenectomía O
- 2) Trombocitopenia en pacientes con hepatitis C crónica para permitir el inicio y mantenimiento de la terapia basada en interferón O
- 3) Anemia aplásica severa que ha tenido respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora

### **Restricción de Edad**

1 años o más.

### **Restricción de Médico**

Tratamiento de la trombocitopenia debida a trombocitopenia púrpura inmunológica idiopática (ITP), aprobar si se prescribe por, o después de consultar con un hematólogo. Para el tratamiento trombocitopenia por cirrosis relacionada con el VHC, aprobar si es prescrito por un hematólogo, gastroenterólogo, hepatólogo o un médico que se especializa en enfermedades infecciosas, o después de consultarlo.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Para el tratamiento de trombocitopenia debida a la cirrosis relacionada con el VHC, aprobar para permitir el inicio de la terapia antiviral.

## QUETIAPINE

---

### **Medicamentos**

Quetiapine Fumarate Oral Tab 25 mg, 50 mg

Quetiapine XR 50mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Psicosis relacionada con demencia

### **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico de la esquizofrenia, trastorno bipolar ó trastorno de depresión mayor.
2. Para el diagnóstico de trastorno de depresión mayor Se requiere documentación de la respuesta inadecuada al tratamiento antidepresivo.

### **Restricción de Edad**

10 años o más

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Quetiapine ER: hay documentado prueba y fracaso de quetiapina de acción inmediata. Para evidenciar uso previo, el medico deberá proporcionar documentación del historial médico o de las reclamaciones de farmacia procesadas a través de otro beneficio, para cumplir con la evidencia de utilización anterior. Los pacientes ancianos con psicosis relacionada con demencia tratados con fármacos antipsicóticos tienen un mayor riesgo de muerte. Hay un mayor riesgo de pensamientos y conductas suicidas en niños, adolescentes y adultos jóvenes que toman antidepresivos. Monitorear pacientes.

## **RANEXA**

---

### **Medicamentos**

Ranexa Oral Tab Extended Release 12 HR 500 mg & 1000 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Uso concurrente de inductores de CYP3A e inhibidores fuertes de CYP3A. Cirrosis hepática.

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Cardiólogo o profesional de la medicina interna.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **RAVICTI**

---

### **Medicamentos**

Ravicti Oral Sol. 1100 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Para uso como agente aglutinante de nitrógeno para el tratamiento crónico de pacientes con trastornos del ciclo de la urea (UCD) que no puede tratarse con restricción de proteínas dietéticas y/o solamente con suplementación de aminoácidos.

### **Restricción de Edad**

2 meses o mayor

### **Restricción de Médico**

Especialista en el trastorno del ciclo de la urea (UCD)

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **REGRANEX**

---

### **Medicamentos**

Regranex 0.01 % External Topical Gel

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

1. Prevención de úlceras/heridas
2. Tratamiento de primera línea en úlceras/heridas en etapa II. Cuidados estándares de úlceras/heridas, deben ser primera línea de tratamiento.
3. Tratamiento para heridas/úlceras en etapa I.
4. Neoplásia en el lugar de aplicación

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Gel de blecapermína al 0.01% debe ser utilizado como terapia complementaria, y no como un sustituto al buen cuidado de úlceras/heridas, incluyendo debridamiento, alivio de presión y control de infección.

## **RESTASIS**

---

### **Medicamentos**

Restasis Ophthalmic Emulsion 0.05%

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de keratoconjuntivitis Sicca (KCS)

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Oftalmólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **REVLIMID**

---

### **Medicamentos**

Revlimid Oral Cap 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo. Tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC)

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Mieloma múltiple (MM), en combinación con dexametasona. 2. MM, como mantenimiento tras el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (auto-HSCT). 3. Anemia dependiente de transfusión debida a síndromes mielodisplásicos de riesgo bajo o intermedio 1 (SMD) asociados con una anomalía de delección 5q con o sin anomalías citogenéticas adicionales. 4. Linfoma de células del manto (MCL) cuya enfermedad ha re aparecido o progresado después de dos terapias anteriores, una de las cuales incluyó bortezomib.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo, especialista en Enfermedades Infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Revlimid REMS

## **RIBAVIRIN**

---

### **Medicamentos**

Ribavirin Oral Cap. 200 mg  
Ribavirin Oral Tab 200 mg  
Ribasphere Oral Cap. 200 mg  
Ribasphere Oral Tab 200 mg, 400 mg, 600 mg  
Moderiba Oral Tab 200 mg  
Rebetol Oral Solution 40 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

La coadministración con didanosina, hemoglobinopatía, embarazo, pancreatitis, CrCL menos de 50 ml/min, hepatitis autoinmune.

### **Información Médica Requerida**

Debe ser utilizado en combinación y no como monoterapia. Para continuación del tratamiento: CBC, prueba de embarazo negativa antes de comenzar el tratamiento en pacientes féminas con riesgo de quedar embarazadas.

### **Restricción de Edad**

3 años de edad o mayor

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Médico especialista en Enfermedades Infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **RILUTEK**

---

### **Medicamentos**

Riluzole Oral Tab 50 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **RUBRACA**

---

### **Medicamentos**

Rubraca Oral Tab 200 mg, 250 mg, 300 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Indicado para el tratamiento de alguno de los siguientes:
  - a. Tratamiento de mantenimiento en paciente adulto con cáncer de ovario epitelial recurrente, cáncer de trompa de falopio, o cáncer peritoneal primario que responde total o parcialmente a tratamiento de quimioterapia basada en platino O
  - b. Pacientes adultos con cáncer de ovario epitelial con la mutación de BRCA nociva (Línea germinal y/o somática, detectada por una prueba de laboratorio aprobada por la FDA), cáncer de la trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario asociado y que han sido tratados con 2 o más quimioterapias.
2. Mujeres con potencial reproductivo: Uso de metodos anticonceptivos efectivos durante la terapia.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo - Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Debe ser cubierto por la Parte D.

## **RYDAPT**

---

### **Medicamentos**

Rydapt Oral Cap. 25 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes:

1. Leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada (LMA) que es positiva a la mutación FLT3, según detectada en una prueba aprobada por la FDA, en combinación de inducción estándar con citarabina y daunorrubicina y consolidación de citarabina, OR
2. Mastocitosis sistémica agresiva (ASM), con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN) o leucemia de mastocitos (MCL).

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo - Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Debe estar cubierto por el beneficio de la Parte D. RYDAPT no está indicado como terapia de inducción como solo agente para el tratamiento de pacientes con LMA.

## **SABRIL**

---

### **Medicamentos**

Sabril Oral Tab 500 mg

Vigabatrin Oral Sol.Pack 500 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Neurólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **SAVELLA**

---

### **Medicamentos**

Savella Oral Tab 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg  
Savella 4 Week Titration Pack

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

El uso concomitante con inhibidores MAO

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **SIRTURO**

---

### **Medicamentos**

Sirturo Oral Tab 100 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, en combinación con al menos otros 3 agentes. Monitorear el ECG y la función hepática antes de iniciar el tratamiento.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Especialista en enfermedades Infecciosas o especialista TB.

### **Duración de Cubierta**

24 semanas

### **Otros Criterios**

No se recomienda, Fumarato de Bedaquiline para el tratamiento de la tuberculosis sensible a medicamentos, infección latente por Mycobacterium tuberculosis, tuberculosis extrapulmonar (por ejemplo, CNS), o para el tratamiento de infecciones por micobacterias no tuberculosas.

## **SIVEXTRO**

---

### **Medicamentos**

Sivextro Oral Tab 200 mg

Sivextro Inj Sol 50 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Cultivo

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

1. Médico especialista en enfermedades infecciosas
2. Dermatólogo
3. Hematólogo - Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

6 días

### **Otros Criterios**

Para continuación de terapia:

- 1) Aprobar si el paciente comenzó el tratamiento en hospital u otra facilidad como paciente encamado o como paciente ambulatorio en Sivextro (IV) intravenoso y va a ser cambiado a Sivextro oral.
- 2) Aprobar si el paciente comenzó en hospital u otra facilidad como paciente encamado en Sivextro oral. Esto no incluye a pacientes que han comenzado Sivextro oral de forma ambulatoria a menos que cumplan con alguna de las excepciones mencionadas.
- 3) Sivextro Oral, paciente comenzó en hospital u otra facilidad como paciente encamado o como paciente ambulatorio en vancomicina (IV) intravenosa.
- 4) Sivextro IV, paciente debe tener dificultad para tragar Sivextro oral, si comenzó vancomicina en el hospital, se recomienda continuar terapia con vancomicina al momento de alta.
- 5) Sujeto a revisión B vs D.

## **SOVALDI**

---

### **Medicamentos**

Sovaldi Oral Tab 400 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico y Genotipo. Para Carcinoma Hepatocelular, debe cumplir con criterios de Milan para el trasplante de hígado (ej. Un solo nódulo HCC con un tamaño máximo de 5 cm o hasta 3 nódulos de los cuales el mayor no exceda los 3 cm y no hay invasión macrovascular).

### **Restricción de Edad**

12 años o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en enfermedades infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 a 48 semanas dependiendo de régimen y tratamiento, estatus del trasplante de hígado y descompensación.

### **Otros Criterios**

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

## **SUTENT**

---

### **Medicamentos**

Sutent Oral Cap 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico. Pruebas de función hepáticas.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo - Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **SYLATRON**

---

### **Medicamentos**

Sylatron SubQ 0.2 mg, 0.3 mg, 0.6 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Daño hepático grave, (Descompensación hepática, puntuación de child-pugh mas de 6 [clase b y c])hepatitis autoinmune

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo, Gastroenterólogo, o médico especialista en Enfermedades Infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **SYMLIN**

---

### **Medicamentos**

Symlin Pen 60 , 1.5 ml

Symlin Pen 120, 2.7 ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Gastropareses Confirmada

### **Información Médica Requerida**

A1C . Para pacientes con insulina, evidencia de ajuste en la dosis a la hora de la comida

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Aprobar si el paciente cumple con todos los siguientes criterios: actualmente tiene insulina durante la comida, tiene una HbA1c menor ó = 9%, no ha logrado un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre a pesar del tratamiento individualizado de su terapia con insulina.

## **SYNAREL**

---

### **Medicamentos**

Synarel Nasal Sol 2 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo, lactancia, sangrado vaginal anormal

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Ginecólogo, Endocrinólogo

### **Duración de Cubierta**

6 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## **TAGRISSE**

---

### **Medicamentos**

Tagrisso Oral Tab 40 mg, 80 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Para ser utilizado en una de las siguientes indicaciones: 1. El tratamiento de primera línea de pacientes con NSCLC metastásico cuyos tumores tienen factor de crecimiento epidérmico receptor (EGFR) exón 19, suprimido o mutaciones de exón 21 L858R, detectada por una prueba aprobada por la FDA. 2. tratamiento de pacientes con NSCLC metastásico con mutación-positiva T790M EGFR, según detectado por una prueba aprobada por la FDA, cuya enfermedad ha progresado en o después de la terapia de EGFR TKI (Afatinib (Giotrif), Axitinib (Inlyta), Bosutinib (Bosulif), Crizotinib (Xalkori), Dasatinib (Sprycel), Erlotinib (Tarceva), Gefitinib (Iressa), Imatinib (Glivec), Lapatinib (Tyverb), Nilotinib (Tasigna), Pazopanib (Votrient), Regorafenib (Stivarga), Sorafenib (Nexavar), Sunitinib (Sutent)).

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## TARCEVA

---

### **Medicamentos**

Tarceva Oral Tab 25 mg, 100 mg, 150 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

Tratamiento: 1. Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC) cuyos tumores tienen deleciones del exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución del exón 21 (L858R) detectadas por una prueba aprobada por la FDA, que recibe tratamiento de primera línea, O tratamiento de segunda o mayor línea después de la progresión después de al menos un régimen de quimioterapia previo. O 2. Tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado, no resecable o metastásico, en combinación con gemcitabina.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **TARGRETIN**

---

### **Medicamentos**

Targretin Topical Gel 0.01 mg

Bexarotene Oral Cap 75 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (CTCL) y el paciente no es un candidato para o ha tenido una respuesta inadecuada, es intolerante a, o tiene una contraindicación a al menos una terapia sistémica previa (por ejemplo, corticosteroides) para manifestaciones cutáneas de CTCL.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Pacientes mujeres de edad fértil tienen prueba documentado de embarazo negativa de una semana antes del inicio de la terapia. Para la renovación, el paciente no ha tenido progresión de la enfermedad durante el tratamiento y los pacientes de edad fértil que no está embarazada y se continúa utilizando medidas adecuadas de control de la natalidad durante el tratamiento.

## **TASIGNA**

---

### **Medicamentos**

Tasigna Oral Cap 50 mg, 150 mg, 200 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas que no sean excluidas por Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Hyokalemia, hipomagnesemia, síndrome de QT largo

### **Información Médica Requerida**

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Pacientes adultos y pediátricos mayores o iguales a 1 año nuevos diagnosticados con leucemia mieloide crónica positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph + LMC) en fase crónica O
2. Pacientes adultos con fase crónica (CP) y fase acelerada (AP) Ph +, resistente o intolerante a tratamiento previo que incluía imatinib O,
3. Pacientes pediátricos mayores o iguales a 1 año de edad, Ph + CML-CP resistente o intolerante al tratamiento previo con un inhibidor de tirosina-quinasa (TKI).

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Para CML, paciente nuevo debe tener CML Ph positivo para la aprobación de Tasigna.

## **TAZORAC**

---

### **Medicamentos**

Tazorac External 0.05 %, 0.1 %

Tazarotene External 0.1%

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Embarazo

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico del acné vulgar y el paciente ha estado en un tratamiento adecuado (por lo menos dos semanas) con al menos otro producto tópico del acné (por ejemplo, peróxido de benzoilo, ácido salicílico, clindamicina, eritromicina, adapaleno, ácido azelaico, y / o tretinoína) o diagnóstico de estable moderada a severa psoriasis en placas y 20% o menos de área de superficie corporal y el paciente tiene una contraindicación o ha estado en tratamiento adecuado (por lo menos 2 semanas) con al menos otro producto para la psoriasis tópica (corticosteroides de alta potencia y / o análogos de la vitamina D) y las mujeres de edad fértil están usando medidas adecuadas de control de la natalidad durante el tratamiento.

### **Restricción de Edad**

12 años o más

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguna

## **INMUNOMODULADORES TOPICOS**

---

### **Medicamentos**

Tacrolimus Ointment 0.001 mg

Tacrolimus Ointment 0.0003 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

3 meses. Si el paciente requiere despachos adicionales, se volvera a re-evaluar el caso.

### **Otros Criterios**

Para tacrolimus, historial previo de al menos DOS corticosteroides tópicos genéricos dentro de los últimos 180 días. Aquellos pacientes sin historial previo de medicamentos en las reclamaciones, su médico deberá proporcionar documentación de su record medico reclamaciones de farmacia procesadas a traves de otro beneficio para cumplir con la utilización previa.

## **TESTOSTERONAS TOPICAS**

---

### **Medicamentos**

Testosterone Gel Pump 1% 75 gm

Testosterone Gel 1% 2.5 gm

Testosterone Gel 1 % 5 gm

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

No está cubierto para el tratamiento de la disfunción sexual. Hombres con carcinoma de mama o carcinoma de próstata conocido o sospechado.

### **Información Médica Requerida**

1. La solicitud es para la continuación de la terapia de testosterona y la droga solicitada se prescribe para el hipogonadismo en un paciente varón o un paciente que se identifica como hombre que tenía un nivel confirmado de testosterona baja de acuerdo a las guías de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio masculinos estándar antes de iniciar la terapia con testosterona O 2. La solicitud no es para la continuación de la terapia de la testosterona y el medicamento solicitado está siendo prescrito para el hipogonadismo en un paciente masculino o un paciente que se identifica como hombre que tiene al menos dos niveles confirmados de testosterona baja de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia estándar .

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguna

## TRETINOIN

---

### Medicamentos

Adapalene Topical Gel 0.1 %  
Adapalene Topical Cream 0.1%  
Adapalene Topical gel 0.3 %  
Avita Topical Cream 0.025 %  
Avita Topical Gel 0.025 %  
Tretinoin Topical Cream 0.1 %, 0.5 %, 0.025 %  
Tretinoin Topical Gel 0.01 %, 0.025%

### Usos Cubiertos

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

### Criterios de Exclusión

1. Manchas en la piel
2. Estrías
3. Cicatrices por acné
4. Elastosis solar
5. Envejecimiento prematuro y tratamiento de la piel fotoenvejecida o fotodañada (ej. Lentigos solares, rugosidad de la piel, rugosidad de la piel, hiperpigmentación moteada o manchas de la edad)
6. Arrugas
7. Lengua geográfica
8. Hiperpigmentación (postinflamatoria) causada por foliculitis, acné y eczema
9. Melasma/colasma Alopecia androgénica
10. Alopecia androgénica
11. Alopecia areata
12. Queratosis seborreica
13. Papilomitosis confluyente y reticulada
14. Dermatitis
15. Enfermedad de Dowling-Degos
16. Nevis displásica
17. Foliculitis.
18. Milio. Solo un reporte de casos demostró efectividad del tretinoin en el tratamiento de milios.
19. necrobiosos lipoidea diabetorum
20. Colagenosis perforativa
21. Psoriasis
22. Esclerosis sistémica
23. Queratosis pilaris
24. Hiperplasia sebácea
25. Quiste sebáceo
26. Cancer de la piel (Melanoma)

### Información Médica Requerida

Ninguna



**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **TYGACIL**

---

### **Medicamentos**

Tigecycline Inj. Soln 50 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Especialista en Enfermedades Infecciosas, Dermatólogo, Neumólogo, Gastroenterólogo

### **Duración de Cubierta**

14 días

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

## **TYKERB**

---

### **Medicamentos**

Tykerb Oral Tab 250 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas que no sean excluidas por Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Tratamiento en combinación con: 1. Capecitabina, para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama avanzado o metastásico cuyos tumores sobre expresan el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y que han recibido tratamiento previo incluyendo una antraciclina, un taxano y trastuzumab. O 2. Letrozole para el tratamiento de mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama metastásico positivo al receptor de hormonas que sobre expresa al receptor HER2 para el que está indicada la terapia hormonal.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Para el cáncer de seno, paciente nuevo debe tener HER2-positivo en cáncer de mama para la aprobación de Tykerb.

## **UPTRAVI**

---

### **Medicamentos**

Uptravi Oral Tab 200 mcg  
Uptravi Oral Tab 400 mcg  
Uptravi Oral Tab 600 mcg  
Uptravi Oral Tab 800 mcg  
Uptravi Oral Tab 1 mg  
Uptravi Oral Tab 1.2 mg  
Uptravi Oral Tab 1.4 mg  
Uptravi Oral Tab 1.6 mg  
Uptravi Titration Pack

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

1. Para tratamiento inicial: Diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar (PAH, Grupo I de la OMS) evidenciado por una cateterización cardíaca derecha para confirmar el diagnóstico de PAH
2. Para continuación de tratamiento: El paciente muestra respuesta beneficiosa documentada a utilizar Uptravi (incluyendo cualquiera de los siguientes: reducción de la resistencia vascular pulmonar y / o presión, mejora de los síntomas, mejoría de los síntomas, actividad y / o longevidad)

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Neumólogo, cardiólogo.

### **Duración de Cubierta**

Inicio – 3 meses

Continuación: 12 meses

### **Otros Criterios**

Tratamiento inicial debe ser 200 mcg dos veces al día.

## VALCHLOR

---

### **Medicamentos**

Valchlor Topical Gel 0.00016 mg/mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico. Tratamiento tópico para linfoma cutáneo de células T de tipo mycosis fungoide, en etapa 1a o 1b, en pacientes que han recibido previamente terapia dirigida a la piel.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

- 1) Hematólogo
- 2) Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **VEMLIDY**

---

### **Medicamentos**

Vemlidy Oral Tab 25 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

Iniciación de la terapia:

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **VERZENIO**

---

### **Medicamentos**

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

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

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

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **VOSEVI**

---

### **Medicamentos**

Vosevi Oral Tab 400mg/100mg/100mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterolog, Hepatologo, Especialista de enfermedades infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 semanas

### **Otros Criterios**

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



## **VOTRIENT**

---

### **Medicamentos**

Votrient Oral Tab 200 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **XALKORI**

---

### **Medicamentos**

Xalkori Oral Cap 200 mg, 250 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Resultado positivo de prueba ALK o ROS-1 NSCL metastasico

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **XATMEP**

---

### **Medicamentos**

Xatmep Oral Sol. 2.5 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes:

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

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo, reumatólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

## **XENAZINE**

---

### **Medicamentos**

Tetrabenazine Oral Tab 12.5 mg, 25 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

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

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno.

## **XGEVA**

---

### **Medicamentos**

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

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Hipocalcemia (calcio menor de 8.0 mg/dL).

### **Información Médica Requerida**

Para el tratamiento de uno de los siguientes:

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

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

## **XIFAXAN**

---

### **Medicamentos**

Xifaxan Oral Tab 200 mg, 550 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

### **Restricción de Edad**

Diarrea del viajero, de 12 años de edad o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas.

### **Duración de Cubierta**

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

### **Otros Criterios**

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

**Medicamentos**

Xolair Inj. 150 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

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

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Alergista, inmunólogo, neumólogo o dermatólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

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



## **XTANDI**

---

### **Medicamentos**

Xtandi Oral Cap 40 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de próstata metastizado resistente a la castración Y el paciente ha sido tratado previamente por régimen de quimioterapia que incluye docetaxel.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Oncólogo o hematólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **XURIDEN**

---

**Medicamentos**

Xuriden Oral Granules 2000mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de aciduria orotica hereditaria

**Restricción de Edad**

2 meses o más

**Restricción de Médico**

Ninguno

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## **XYREM**

---

### **Medicamentos**

Xyrem Oral Sol 500 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones medicamente aceptadas no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

El diagnóstico de una de las siguientes:

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

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

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

### **Otros Criterios**

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

## **YONSA**

---

### **Medicamentos**

Yonsa Oral Tab 125 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de próstata metastizado resistente a castración para ser utilizado en combinación con metilprednisolona

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## ZAVESCA

---

### **Medicamentos**

Miglustat Oral Cap 100 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

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

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ZEJULA**

---

### **Medicamentos**

Zejula Oral Cap. 100 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico:

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

1. Hematólogo
2. Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D.

## ZOLINZA

---

**Medicamentos**

Zolinza Oral Cap 100 mg

**Usos Cubiertos**

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

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico; Linfoma cutáneo de células T (CTCL) que tiene la enfermedad progresiva, persistente o recurrente durante o después de dos terapias sistémicas.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## ZYDELIG

---

### **Medicamentos**

Zydelig Oral Tab 100 mg, 150 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Se requiere participación en Programa REMS



## **ZYKADIA**

---

### **Medicamentos**

Zykadia Oral Cap 150 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Oncólogo, hematólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ZYTIGA**

---

### **Medicamentos**

Zytiga Oral Tab 250 mg

Zytiga Oral Tab 500 mg

### **Usos Cubiertos**

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

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

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

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

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Medicamento debe ser prescrito o haber sido consultado con un oncólogo o urologo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## Índice

ABELCET.....	85	Atovaquone Oral Susp ..	89	CLINIMIX/DEXTROSE	
<i>acetylcysteine</i> .....	85	Aubagio.....	15	(4.25/20).....	85
Acitretin Oral Cap.....	2	Avita Topical Cream... 136		CLINIMIX/DEXTROSE	
Actimmune Inj .....	3	Avita Topical Gel..... 136		(4.25/25).....	85
<i>acyclovir sodium</i> .....	85	<i>azathioprine</i> .....	85	CLINIMIX/DEXTROSE	
Adapalene Topical Gel 136		Banzel SUSPENSION 40		(4.25/5).....	85
Adcirca Oral Tab.....	4	MG/ML ORAL.....	16	CLINIMIX/DEXTROSE	
Adefovir dipivoxil Oral		Banzel TABLET 200 MG		(5/15).....	85
Tab 10 mg .....	55	ORAL.....	16	CLINIMIX/DEXTROSE	
Adempas 0.5 mg, 1 mg,		Baraclude Oral Solution 17		(5/20).....	85
1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg		Benlysta Solution .....	18	CLINIMIX/DEXTROSE	
Oral Tab .....	5	Betaseron SOLUTION		(5/25).....	85
Adempas Oral Tab .....	5	RECONSTITUTED 0.3		<i>colistimethate sodium</i>	
<i>albuterol sulfate</i> .....	85	MG		( <i>cba</i> ) .....	85
Alecensa.....	7	SUBCUTANEOUS*. 65		Cometriq .....	12
Alosetron Oral Tab .....	80	Bexarotene Oral Cap... 131		Corlanor Oral Tab .....	27
Alunbrig Oral Tab.....	8	BIVIGAM.....	85	Cotellic 20 mg.....	28
AMBISOME .....	85	Bosulif oral Tab .....	12	<i>cromolyn sodium</i> .....	85
AMINOSYN II .....	85	<i>budesonide</i> .....	85	Cyclobenzaprine Oral Tab	
AMINOSYN		Cabometyx Oral Tab.....	20	.....	30
II/ELECTROLYTES 85		<i>calcitriol</i> .....	85	<i>cyclophosphamide</i> .....	86
AMINOSYN/ELECTROL		Calquence Oral Cap .....	21	<i>cyclosporine</i> .....	86
YTES.....	85	<i>casprofungin acetate</i> .....	85	<i>cyclosporine modified</i> ...	86
AMINOSYN-HBC .....	85	Cayston Inhalant Sol. ....	23	Daklinza Oral Tab.....	31
<i>aminosyn-pf</i> .....	85	<i>cefoxitin sodium</i> .....	85	<i>daptomycin</i> .....	86
AMINOSYN-PF .....	85	<i>ceftriaxone sodium</i> .....	85	DEPO-PROVERA .....	86
AMINOSYN-RF.....	85	<i>cefuroxime sodium</i> .....	85	Dextroamphetamine	
Amphetamine-		Celecoxib Oral Cap.....	29	Sulfate Oral Tab.....	6
Dextroamphetamine		Chantix Continuing Month		DIPHThERIA-TETANUS	
Oral Tab .....	6	Pack 1 mg.....	24	TOXOIDS DT.....	86
<i>amphotericin b</i> .....	85	Chantix Oral Tab 0.5 mg		<i>dronabinol</i> .....	86
<i>ampicillin sodium</i> .....	85	.....	24	DURAMORPH.....	86
<i>ampicillin-sulbactam</i>		Chantix Starting Month 0.5		EMEND .....	86
<i>sodium</i> .....	85	mg & 1 mg .....	24	Enbrel Solution .....	35
Ampyra Oral Tab. 10 mg 9		Chantix TABLET 1 MG		Enbrel Sureclick.....	35
Anadrol Oral tab .....	10	ORAL.....	24	ENGERIX-B .....	86
Androderm Transdermal		Cholban .....	25	Entecavir Oral Tab .....	17
Patch.....	11	Cinryze Iny. 500		Entresto Oral Tab .....	36
<i>aprepitant</i> .....	85	unidades/vial .....	26	Epclusa Oral Tab.....	37
Arcalyst SOLUTION		CLINIMIX/DEXTROSE		Erivedge CAPSULE 150	
RECONSTITUTED		(2.75/5).....	85	MG ORAL .....	12
220 MG		CLINIMIX/DEXTROSE		Erleada Oral Tab .....	38
SUBCUTANEOUS*. 14		(4.25/10).....	85	<i>erythrocine lactobionate</i> . 86	
Armodafinil Oral Tab . 101				Esbriet Oral Cap.....	41

Exjade TABLET SOLUBLE 125 MG ORAL..... 42	Halaven SOLUTION 1 MG/2ML INTRAVENOUS* .... 54	Kynamro Prefilled Syringe ..... 73
Exjade TABLET SOLUBLE 250 MG ORAL..... 42	Harvoni Oral Cap..... 54	Latuda Oral Tab ..... 13
Exjade TABLET SOLUBLE 500 MG ORAL..... 42	<i>heparin sodium (porcine)</i> ..... 86	Lenvima Pack..... 74
Fanapt Oral Tab ..... 13	<i>hepatamine</i> ..... 86	Letairis Oral Tab ..... 75
Fanapt Titration Pack .... 13	Hetlioz..... 56	<i>levabuterol hcl</i> ..... 86
Farydak Oral Cap..... 43	Hexalen CAPSULE 50 MG ORAL ..... 57	<i>levocarnitine</i> ..... 86
Fentanyl Oral Lozenge.. 44	Humira Pediatric Crohns Start..... 33	<i>lidocaine</i> ..... 86
FentaNYL PATCH 72 HR 75 MCG/HR TRANSDERMAL..... 44	Humira Pen ..... 33	Lidocaine External Patch ..... 77
Fentanyl Transdermal Patch..... 44	Humira Prefilled Syringe Kit ..... 33	<i>lidocaine hcl</i> ..... 86
Fentora Buccal Tablet... 44	Humulin R Pen Injector 59	<i>lidocaine-prilocaine</i> ..... 86
Ferriprox Oral Tab ..... 45	<i>hydromorphone hcl pf</i> ... 86	Linezolid Inj..... 78
Firazyr SOLUTION 30 MG/3ML SUBCUTANEOUS*. 47	Ibrance Oral Cap ..... 60	Linezolid Oral Susp ..... 78
<i>fluconazole in sodium chloride</i> ..... 86	Iclusig Oral Tab ..... 61	Linezolid Oral Tab..... 78
Forteo ..... 48	Idhifa Oral Tab..... 62	Linzess Oral Cap..... 79
FREAMINE HBC..... 86	Imatinib..... 63	Lupaneta Pack..... 81
GAMMAGARD ..... 86	<i>imipenem-cilastatin</i> ..... 86	Lupron Depot Ped ..... 76
GAMMAGARD S/D LESS IGA ..... 86	Increlex Injectable..... 64	Lupron Prefilled Syringe76
GAMMAPLEX..... 86	Inlyta TABLET 1 MG ORAL..... 12	Lynparza Oral Cap ..... 82
GAMUNEX-C ..... 86	Inlyta TABLET 5 MG ORAL..... 12	Lynparza Oral Tab ..... 82
Gattex KIT ..... 49	<i>intralipid</i> ..... 86	Matulane Oral Cap..... 83
<i>gengraf</i> ..... 86	INTRALIPID ..... 86	Mavyret Oral Tab..... 84
Geodon Inj. .... 13	INVANZ ..... 86	Mekinist TABLET 0.5 MG ORAL ..... 12
Gilenya CAPSULE 0.5 MG ORAL ..... 50	Invega Sustenna ..... 13	Mekinist TABLET 2 MG ORAL..... 12
Gilotrif Oral Tab ..... 12	Invega Trinza ..... 13	Meperidine Inj..... 32
Glatiramer Prefilled Syringe ..... 51	<i>ipratropium bromide</i> .... 86	<i>meropenem</i> ..... 86
Glatopa Prefilled Syringe ..... 51	<i>ipratropium-albuterol</i> ... 86	<i>methotrexate</i> ..... 86
<i>granisetron hcl</i> ..... 86	Iressa Oral Tab..... 66	<i>methotrexate sodium</i> .... 86
Granix Solution..... 46	Jakafi Oral Tab..... 67	<i>methotrexate sodium (pf)</i> ..... 86
	Juxtapid Oral Cap ..... 68	Methoxsalen Oral Cap .. 90
	Kadcyla Inj Solution .... 12	Miglustat Oral Cap..... 157
	Kalydeco Oral Granules 69	Modafinil Oral Tab ..... 92
	Kalydeco Oral Tab..... 69	Moderiba Oral Tab..... 116
	Kisqali / Femara Therapy Pack..... 70	<i>morphine sulfate</i> ..... 86
	Korlym Oral Tab..... 71	MYCAMINE ..... 86
	Kuvan Oral Solution .... 72	<i>mycophenolate mofetil</i> .. 86
	Kuvan Oral Tab..... 72	<i>mycophenolate sodium</i> .. 86
		<i>nafacillin sodium</i> ..... 86, 87
		Natpara Cartridge Inj .... 93
		NEBUPENT..... 87
		NEORAL ..... 87
		NEPHRAMINE ..... 87

Nerlynx Oral Tab .....	94	Procrit SOLUTION 40000 UNIT/ML INJECTION .....	39	Soltamox SOLUTION 10 MG/5ML ORAL .....	12
Neupogen Solution.....	46	Prolastin Inj Sol.....	106	SOMATULINE DEPOT87	
NexAVAR TABLET 200 MG ORAL .....	95	Promacta Oral Tab .....	109	Sovaldi Oral Tab .....	124
Ninlaro Oral Cap.....	96	PROSOL .....	87	Stivarga TABLET 40 MG ORAL.....	12
Norditropin FlexPro .....	52	PULMOZYME .....	87	Sutent Oral Cap.....	125
Northera Oral Cap.....	97	Quetiapine Fumarate Oral Tab .....	110	Sylatron SubQ.....	126
Nucala .....	98	Quetiapine XR .....	110	Synarel Nasal Sol.....	128
Nuedexta .....	99	Ranexa Oral Tab .....	111	Synribo SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG SUBCUTANEOUS*.	12
Nuplazid Oral Tab.....	100	RAPAMUNE .....	87	<i>tacrolimus</i> .....	87
NUTRILIPID .....	87	Ravicti Oral Sol.....	112	Tacrolimus Ointment ..	134
<i>octreotide acetate</i> .....	87	Rebetol Oral Solution .	116	Tafinlar CAPSULE 50 MG ORAL .....	12
Odomzo 200 mg.....	102	RECOMBIVAX HB .....	87	Tafinlar CAPSULE 75 MG ORAL .....	12
<i>ondansetron</i> .....	87	Regranex 0.01 % .....	113	Tagrisso Oral Tab .....	129
<i>ondansetron hcl</i> .....	87	Relistor.....	91	Tarceva Oral Tab .....	130
Opsumit 10 mg Oral Tab .....	104	Restasis Ophthalmic Emulsion .....	114	Targretin Topical Gel..	131
Orfadin .....	105	Revatio Oral Suspension .....	108	Tasigna Oral Cap .....	132
Osev Oral Cap.....	103	Revlimid Oral Cap .....	115	Tazarotene External ...	133
Oxandrolone Oral Tab ..	10	Rexulti Oral Tab .....	13	Tazorac External .....	133
Panretin Externo.....	107	Ribasphere Oral Cap...	116	TEFLARO.....	87
<i>paricalcitol</i> .....	87	Ribasphere Oral Tab ...	116	TENIVAC .....	87
PENTAM .....	87	Ribavirin Oral Cap.....	116	Testosterone Gel .....	135
PERFOROMIST .....	87	Ribavirin Oral Tab .....	116	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD.....	87
<i>polymyxin b sulfate</i> .....	87	Riluzole Oral Tab.....	117	Tetrabenazine Oral Tab	148
Pomalyst CAPSULE 1 MG ORAL .....	12	Rubraca Oral Tab.....	118	Tigecycline Inj. Soln...	138
Pomalyst CAPSULE 4 MG ORAL .....	12	Rydapt Oral Cap .....	119	<i>tobramycin</i> .....	87
<i>premasol</i> .....	87	Sabril Oral Tab.....	120	<i>tobramycin sulfate</i> .....	87
PRIVIGEN .....	87	SANDIMMUNE.....	87	<i>tpn electrolytes</i> .....	87
PROCALAMINE.....	87	Saphris Sublingual Tab .	13	TRAVASOL .....	87
Procrit SOLUTION 2000 UNIT/ML INJECTION .....	39	Savella 4 Week Titration Pack.....	121	Trelstar Inj.....	76
Procrit SOLUTION 20000 UNIT/ML INJECTION .....	39	Savella Oral Tab .....	121	Tretinoin Topical Cream .....	136
Procrit SOLUTION 3000 UNIT/ML INJECTION .....	39	SENSIPAR.....	87	Tretinoin Topical Gel..	136
Procrit SOLUTION 4000 UNIT/ML INJECTION .....	39	Sildenafil Oral Tab.....	108	TROPHAMINE .....	87
		<i>sirolimus</i> .....	87	Tykerb Oral Tab.....	139
		Sirturo Oral Tab .....	122	Upravi Oral Tab .....	140
		Sivextro Inj Sol .....	123	Upravi Titration Pack.	140
		Sivextro Oral Tab.....	123	Valchlor Topical Gel...	141
		Sodium Phenylbutyate Oral Tab .....	19	<i>vancomycin hcl</i> .....	87
		Sodium Phenylbutyrate POWDER ORAL.....	19		

Vemlidy Oral Tab .....	142	Xatmep Oral Sol. ....	147	Zemaira Inj. Sol. ....	106
Verzenio Oral Tab.....	143	Xgeva SC Inj.....	149	Zolinza Oral Cap.....	159
Vigabatrin Oral Sol.Pack		Xifaxan Oral Tab .....	150	Zolpidem Tartrate Oral	
.....	120	Xolair Inj.....	151	Tab. ....	58
Vosevi Oral Tab.....	144	Xtandi Oral Cap .....	153	Zydelig Oral Tab.....	160
Votrient Oral Tab.....	145	Xuriden Oral Granules	154	Zykadia Oral Cap.....	161
Vraylar .....	13	Xyrem Oral Sol.....	155	Zytiga Oral Tab.....	162
Xalkori Oral Cap.....	146	Yonsa Oral Tab.....	156		
Xatmep Oral Sol .....	147	Zejula Oral Cap.....	158		