

CRITERIOS DE PREAUTORIZACION 2023

MMM Único, MMM Elite, PMC Max, MMM Plenitud, MMM Encanto, MMM Supremo, MMM Integral, MMM Vibrante, MMM Deluxe, MMM Flexi Max, MMM Dinámico, MMM Balance, MMM Diamante Platino, MMM Relax Platino, MMM Valor Platino, MMM Grande Platino, MMM Dorado Platino, PMC Premier Platino, MMM ELA Relax, MMM ELA Cash, MMM ELA Grande, MMM ELA Advantage, MMM ELA Dinámico Plus, MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Más, MMM Alianza Flex, MMM Alianza SEA, MMM Alianza SEA Plus

ACITRETIN

Medicamentos

Acitretin Oral Cap 10 mg, 17.5 mg, 25 mg

Criterios de Exclusión

Deterioro severo de la función hepática o renal. Valores de lípidos en sangre elevados anormalmente crónico. Uso concomitante de metotrexato o tetraciclinas. Embarazo. Mujeres en edad fértil que tengan la intención de quedar embarazadas durante la terapia o en cualquier momento durante al menos 3 años después de interrumpir la terapia. Mujeres en edad fértil que no usarán anticonceptivos confiables mientras se someten a tratamiento y durante al menos 3 años después de la interrupción.

Información Médica Requerida

1) Diagnóstico de psoriasis severa. 2) Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés). 3) Prueba de función hepática (LFT, según siglas en inglés) 4) Panel de lípidos o el médico deben documentar que el paciente no tiene ningún problema renal, hepático o cardiovascular.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Dermatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ACTIMMUNE

Medicamentos

Actimmune Solution 2000000 UNIT/0.5ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Área de superficie corporal (BSA, según siglas en inglés; peso y altura), Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés), hemograma completo (CBC con diferencial, según siglas en inglés y PLT), Prueba de función hepática (LFT, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Enfermedad granulomatosa crónica: Inmunólogo. Osteopetrosis maligna severa: Oncólogo, Hematólogo, Ginecólogo, Reumatólogo, Ortopeda.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ADCIRCA

Medicamentos

Alyq Oral Tablet 20 MG

Tadalafil (PAH) Oral Tablet 20 MG

Criterios de Exclusión

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

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (PAH, según siglas en inglés) (Grupo 1 de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio. Los estudios que establecieron la efectividad incluyeron principalmente a pacientes con síntomas y etiologías de la clase funcional II / III de la NYHA y etiologías de PAH idiopática o hereditaria o PAH asociada con enfermedades del tejido conectivo. 2. Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. 3. Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés). Para la indicación de hipertensión arterial pulmonar aprobada por la FDA, los pacientes que actualmente toman Tadalafil pueden continuar la terapia si tienen un diagnóstico de 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ADEMPAS

Medicamentos

Adempas Oral Tablet 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg

Criterios de Exclusión

Embarazo, uso concomitante de nitrato, donante de óxido nítrico o inhibidor de la fosfodiesterasa. Hipertensión pulmonar asociada a neumonías intersticiales idiopáticas.

Información Médica Requerida

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ADHD/NARCOLEPSIA

Medicamentos

Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 5 MG
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 10 MG
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 15 MG
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 20 MG
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 25 MG
Amphetamine-Dextroamphetamine Oral Cap ER 24HR 30 MG
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
Dextroamphetamine Sulfate Oral Tab Tab 5MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG

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 monoamino oxidasa (MAOI, según siglas en inglés).

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AFINITOR

Medicamentos

Everolimus Oral Tablet Soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg

Everolimus Oral Tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg

Criterios de Exclusión

Tumores carcinoides funcionales.

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Urólogo, Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AIMOVIG

Medicamentos

Aimovig Subcutaneous Solution Auto-Injector 140 Mg/ML

Aimovig Subcutaneous Solution Auto-Injector 70 Mg/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de migraña y medicamento se utilizará como tratamiento preventivo. 2. Al menos 4 días de dolor de cabeza por migraña por mes (antes de iniciar un medicamento preventivo para la migraña), Y probó y falló al menos 2 terapias de prevención estándar, cada una de una clase farmacológica diferente (anticonvulsivo, bloqueador beta o antidepresivo), Y cumple con uno de los siguientes criterios: 1. El paciente tuvo una eficacia inadecuada para ambas terapias farmacológicas profilácticas estándar, según el médico que las recetó. O 2. El paciente experimentó eventos adversos lo suficientemente graves como para justificar la interrupción de ambas terapias profilácticas estándar, según el médico que lo recetó., O 3. El paciente ha tenido una eficacia inadecuada con una terapia farmacológica profiláctica estándar y ha experimentado un evento adverso lo suficientemente grave como para justificar la interrupción de otra terapia farmacológica profiláctica estándar, según el médico que lo recetó.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ALECENSA

Medicamentos

Alecensa Oral Capsule 150mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK, según siglas en inglés), según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA. 2. Prueba de función hepática (ALT, AST o bilirrubina). 3. Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ALUNBRIG

Medicamentos

Alunbrig Oral Tablet 30 Mg, 90 Mg, 180 Mg
Alunbrig Oral Tablet Therapy Pack 90 & 180 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK, según siglas en inglés) detectado mediante una prueba aprobada por la FDA. 2. Prueba de función hepática (AST, ALT y bilirrubina total) 3. Amilasa y lipasa séricas. 4. Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés).

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AMJEVITA

Medicamentos

Amjevita Subcutaneous Solution Auto-Injector 40 Mg/0.8ml

Amjevita Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 Mg/0.8ml

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Artritis Reumatoide (RA, según siglas en inglés) activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas, inducir una respuesta clínica importante, inhibir la progresión del daño estructural y mejorar la función física. B) Artritis Idiopática Juvenil (JIA, según siglas en inglés) poliarticular activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas. C) Artritis Psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés) para reducir los signos y síntomas, inhibiendo la progresión del daño estructural y mejorando la función física. D) Espondilitis Anquilosante (AS, según siglas en inglés) activa para reducir signos y síntomas. E) Enfermedad de Crohn (CD, según siglas en inglés) activa de moderada a severa. F) Colitis Ulcerosa (UC, según siglas en inglés) activa de moderada a severa. G) Psoriasis en placas (Ps, según siglas en inglés) crónica de moderada a severa en pacientes candidatos a terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas son médicamente menos apropiadas. H) Hidradenitis Supurativa (HS, según siglas en inglés) de moderada a severa. I) Uveítis (UV, según siglas en inglés) intermedia no infecciosa, posterior y panuveítis 2. Prueba de tuberculosis latente.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Para RA y AS: Reumatólogo. Para PsA y PS: Reumatólogo o Dermatólogo. Para JIA: Reumatólogo. Para CD o UC: Gastroenterólogo. Para HS: Dermatólogo. Para UV: 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 RA en adultos que han tenido una respuesta inadecuada a uno o más DMARD. DMARD son los siguientes medicamentos: anakinra, auranofina (Ridaura), azatioprina, ciclosporina (varias marcas genéricas), d-penicilamina (Cuprimina), etanercept, oro thiomalate de sodio (Aurolate, genérico), hidroxicloroquina, 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, hidroxicloroquina, 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 RA) 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 severa), 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).

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AMPYRA

Medicamentos

Dalfampridine Oral Tablet ER 10mg

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. Depuración de Creatinina (CrCL, según siglas en inglés).

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ESTEROIDES ANABÓLICOS

Medicamentos

Oxandrolone Oral Tablet 2.5mg, 10 mg

Criterios de Exclusión

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

Información Médica Requerida

1.Calcio sérico. 2. LFT.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

6 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ANDRODERM

Medicamentos

Androderm Transdermal Patch 24 Hour 2 mg/24 hr, 4 mg/24 hr

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. Mujeres embarazadas o lactantes.

Información Médica Requerida

Diagnóstico: (A) Hipogonadismo primario (congénito o adquirido) y confirmación del diagnóstico usando dos niveles séricos de testosterona tomados al menos dos días separados con concentraciones por debajo del rango normal y gonadotropinas elevadas (LH y FSH, según siglas en inglés). (B) Hipogonadismo hipogonadotrópico (congénito o adquirido) en hombres y confirmación del diagnóstico usando dos niveles séricos de testosterona tomados al menos dos días separados con concentraciones por debajo del rango normal, y concentraciones normales o bajas de gonadotropinas (LH y FSH).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ANTINEOPLÁSICOS

Medicamentos

Bosulif Oral Tablet 100 mg, 400 mg, 500 mg
Cometriq (60 mg Daily Dose) Kit 20 mg Oral
Cometriq (100 mg Daily Dose) Kit 1 X 80 & 1 X 20 mg Oral
Cometriq (140 mg Daily Dose) Kit 1 X 80 & 3 X 20 mg Oral
Erivedge Oral Capsule 150 mg
Gilotrif Oral Tablet 20 mg, 30 mg, 40 mg
Inlyta Oral Tablet 1 mg, 5 mg
Krazati Oral Tablet 200 mg
Mekinist Oral Tablet 0.5 mg, 2 mg
Mekinist Oral Solution Reconstituted 0.05 Mg/ML
Onureg Oral Tablet 200 Mg, 300 Mg
Orgovyx Oral Tablet 120 Mg
Pomalyst Oral Capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg
Soltamox Oral Solution 10 mg/5 ml
Stivarga Oral Tablet 40 mg
Synribo Solution Reconstituted 3.5 mg Subcutaneous
Tafinlar Oral Capsule 50 mg, 75 mg
Tafinlar Oral Tablet Soluble 10 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ANTIPSICÓTICOS

Medicamentos

Abilify Maintena Prefilled Syringe Intramuscular 300 mg, 400 mg
Abilify Maintena Suspension Intramuscular ER 300 mg, 400 mg
Abilify Asimtufii Intramuscular Prefilled Syringe 720 Mg/2.4ml, 960 Mg/3.2ml
Aristada Initio Prefilled Syringe Intramuscular 675 mg/2.4ml
Aristada Prefilled Syringe 441 mg/1.6ml, 662 mg/2.4ml, 882 mg/3.2ml, 1064 mg/3.9 ml
Caplyta Oral Capsule 10.5 Mg, 21Mg, 42 Mg
Fanapt Titration Pack
Fanapt Oral Tablet 1 mg, 2 mg, 4, mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg
Invega Hafyera Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 1092 Mg/3.5ml, 1560 Mg/5ml
Invega Sustenna 39 mg/0.25ml, 78 mg/0.5ml, 117 mg/0.75ml, 156mg/ml, 234 mg/1.5ml
Invega Trinza Prefilled Syringe 273 mg/0.875ml, 410 mg/1.315ml, 546 mg/1.75ml, 819 mg/2.625ml
Latuda Oral Tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 120 mg
Perseris Prefilled Syringe Subcutaneous 90mg, 120 mg
Rexulti Oral Tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg
Risperdal Consta Suspension Intramuscular 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg
Saphris Tablet Sublingual 2.5 mg, 5 mg, 10 mg
Secuado Transdermal Patch 24 Hour 3.8 Mg/24hr, 5.7 Mg/24hr, 7.6 Mg/24hr
Vraylar Oral Capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg
Vraylar Oral Capsule Therapy Pack 1.5 & 3 Mg

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, excepto por Rexulti.

Información Médica Requerida

Uso previo de antipsicótico genérico, por indicación Esquizofrenia: clozapine, olanzapine, paliperidone, quetiapine, risperidone, ziprasidone. Trastorno bipolar maníaco o episodios mixtos: risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone. Trastorno esquizoafectivo: clozapine, paliperidone. Agitación aguda con esquizofrenia y manía bipolar: olanzapine. Depresión en el trastorno bipolar: olanzapine, quetiapine. Trastorno depresivo mayor: olanzapine.

Restricción de Edad

Según edad aprobada por FDA.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

APTIOM

Medicamentos

Aptiom Oral Tablet 200 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial. 2. Creatinina sérica (SCr, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

4 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ARCALYST

Medicamentos

Arcalyst Solution Reconstituted 220 mg Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: Síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS, según siglas en inglés), Síndrome autoinflamatorio familiar por frío (FCAS, según siglas en inglés), Síndrome de Muckle-Wells (MWS, según siglas en inglés), deficiencia de antagonista del receptor de interleucina-1 (DIRA, según siglas en inglés) O pericarditis recurrente (RP, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

Para CAPS, FCAS, MWS y RP: 12 años o más.

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación, el paciente ha experimentado estabilidad de la enfermedad o mejoría de los síntomas clínicos durante el tratamiento.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AUBAGIO

Medicamentos

Aubagio Oral Tablet 14 Mg, 7 Mg

Teriflunomide Oral Tablet 14 Mg, 7 Mg

Criterios de Exclusión

Insuficiencia hepática grave, embarazo y tratamiento actual con leflunomida.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir el síndrome clínicamente aislado, la enfermedad recurrente-remitente y la enfermedad progresiva secundaria activa.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo o Especialista en Esclerosis Múltiple.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AUSTEDO

Medicamentos

Austedo Oral Tablet 6 Mg, 9 Mg, 12 Mg

Austedo Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 6 Mg, 12 Mg, 24 Mg

Austedo Xr Patient Titration Oral Tablet Extended Release Therapy Pack 6 & 12 & 24 Mg

Criterios de Exclusión

Depresión suicida o no tratada o tratada de forma inadecuada en pacientes con enfermedad de Huntington. Deterioro hepático. Uso concomitante o menos de 20 días desde la última dosis de reserpina. Uso concomitante o menos de 14 días desde la última dosis de un inhibidor de MAO. Uso concomitante de tetrabenazina (XENAZINE), o valbenazina.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Corea asociada con la enfermedad de Huntington. 2) Discinesia tardía.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo, Psiquiatra.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AVONEX

Medicamentos

Avonex Pen Auto-Injector Kit 30 MCG/0.5ML Intramuscular

Avonex Prefilled Prefilled Syringe Kit 30 MCG/0.5ML Intramuscular

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de formas reincidentes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), incluido el síndrome aislado, la enfermedad remitente-reincidente y la enfermedad progresiva secundaria activa.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo o Especialista en MS.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para nuevo comienzo: la primera inyección debe administrarse bajo la supervisión de un profesional de la salud debidamente calificado.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AYVAKIT

Medicamentos

Ayvakit Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg, 300 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Tumor del estroma gastrointestinal (GIST, según siglas en inglés) irreseccable o metastásico que alberga una mutación del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA, según siglas en inglés), incluidas las mutaciones PDGFRA D842V. B) Mastocitosis sistémica avanzada (AdvSM, según siglas en inglés) que incluye mastocitosis sistémica agresiva (ASM, según siglas en inglés), mastocitosis sistémica con una neoplasia hematológica asociada (SM-AHN, según siglas en inglés) y leucemia de mastocitos (MCL, según siglas en inglés). C) Mastocitosis sistémica indolente (ISM, según siglas en inglés). 2. Se debe realizar un recuento de plaquetas antes de iniciar la terapia para AdvSM e ISM. 3. Pruebas de embarazo en mujeres con potencial reproductivo antes del tratamiento.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Alergista e Inmunólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

1) Limitación de uso: No recomendado para el tratamiento de pacientes con AdvSM con recuentos de plaquetas menor de $50 \times 10^9/L$. 2) Aconseje a las mujeres y los hombres con parejas femeninas con potencial reproductivo que utilicen métodos anticonceptivos efectivos durante el tratamiento y durante las 6 semanas posteriores a la dosis final.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BAFIERTAM

Medicamentos

Bafiertam Oral Capsule Delayed Release 95 Mg

Criterios de Exclusión

Administración concomitante con fumarato de dimetilo o fumarato de diroximel.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir síndrome clínicamente aislado, enfermedad remitente-recurrente y enfermedad progresiva secundaria activa. 2. Conteo completo de células sanguíneas (CBC, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo o Especialista en Esclerosis Múltiple.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BALVERSA

Medicamentos

Balversa Oral Tablet 3 mg, 4 mg, 5 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de carcinoma urotelial localmente avanzado o metastásico que tenga: a) alteraciones genéticas FGFR3 o FGFR2 susceptibles y b) progresión durante o después de al menos una línea de quimioterapia con platino previa, incluso dentro de los 12 meses de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante con platino.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BANZEL

Medicamentos

Rufinamide Oral Suspension 40 mg/ml
Rufinamide Oral Tablet 200 mg, 400 mg

Criterios de Exclusión

Síndrome de QT corto familiar.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: tratamiento complementario de las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (LGS, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

1 año o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BARACLUDE

Medicamentos

Baraclude Oral Solution 0.05 MG/ML

Entecavir Oral Tablet 0.5 mg, 1mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de infección crónica por el virus de la hepatitis B con evidencia de replicación viral activa y evidencia de elevaciones persistentes en las aminotransferasas séricas (ALT o AST) o enfermedad histológicamente activa.

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BEERS

Medicamentos

Benzotropine Mesylate Oral Tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Cyproheptadine HCl Oral Syrup 2 mg/5ml
Cyproheptadine HCl Oral Tablet 4 mg
Digitek Oral Tablet 250 mcg
Digoxin Oral Solution 0.05 mg/ml
Digoxin Oral Tablet 250 mcg
Diphenoxylate-Atropine Oral Liquid 2.5-0.025 mg/5ml
Diphenoxylate-Atropine Oral Tablet 2.5-0.025 mg
Guanfacine Oral Tablet 1 mg, 2 mg
Guanfacine Oral Tablet ER 24HR 1 mg, 2mg, 3 mg, 4 mg
Megestrol Acetate Oral Suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml
Megestrol Acetate Oral Tablet 20 mg, 40 mg
Phenobarbital Oral Elixir 20 mg/5ml
Phenobarbital Oral Tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg, 100 mg
Promethazine HCl Oral Tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg
Scopolamine Transdermal Patch 72 Hour 1 MG/3DAYS
Trihexyphenidyl HCl Oral Solution 0.4 MG/ML
Trihexyphenidyl HCl Oral Tablet 2 MG, 5 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Preautorización sólo es requerida para un rango específico de edad, 65 años o mayor. El rango de edad aprobado sin preautorización es 64 años o menor.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Se aprobará la PA si el médico proporciona una declaración de necesidad médica que incluya una certificación de que el beneficio supera el riesgo de los medicamentos que se consideran medicamentos de alto riesgo para los beneficiarios de 65 años o más.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BENLYSTA

Medicamentos

Benlysta Solution Auto-injector 200 MG/ML Subcutaneous
Benlysta Solution Prefilled Syringe 200 MG/ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) Lupus eritematoso sistémico activo (SLE, según siglas en inglés), o b) Nefritis lúpica activa (ALN, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

5 años o más.

Restricción de Médico

Reumatólogo o Nefrólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BESREMI

Medicamentos

Besremi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 500 MCG/ML

Criterios de Exclusión

1) Existencia o historial de trastornos psiquiátricos graves, en particular depresión grave, ideación suicida o intento de suicidio. 2) Hipersensibilidad al interferón. 3) Insuficiencia hepática (Child-Pugh B o C). 4) Historial o presencia de enfermedad autoinmune activa grave o no tratada. 5) Receptores de trasplante inmunodeprimidos.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de policitemia vera.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BRIVIACT

Medicamentos

Briviact Oral Solution 10 mg/ml

Briviact Oral Tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Convulsiones de tipo inicio parcial.

Restricción de Edad

1 mes de edad o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BRUKINSA

Medicamentos

Brukinsa Oral Capsule 80 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Linfoma de células del manto (MCL, según siglas en inglés) que han recibido al menos una terapia previa. B) Macroglobulinemia de Waldenström (WM, según siglas en inglés). C) Linfoma de la zona marginal (MZL, según siglas en inglés) en recaída o refractario que han recibido al menos un régimen basado en anti-CD20. D) Leucemia linfocítica crónica (CLL, según siglas en inglés) o Linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

BUPHENYL

Medicamentos

Sodium Phenylbutyrate Oral Powder 3 GM/TSP

Sodium Phenylbutyrate Oral Tablet 500 MG

Criterios de Exclusión

Hiperamonemia aguda (no utilizar para el manejo de emergencias).

Información Médica Requerida

Área de superficie corporal (BSA, según siglas en inglés)

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MEDICAMENTOS B VS D

Medicamentos

Abelcet Suspension 5 Mg/MI Intravenous
Acetylcysteine Solution 10 % Inhalation
Acetylcysteine Solution 20 % Inhalation
Acyclovir Sodium Solution 50 Mg/MI Intravenous
Albuterol Sulfate Nebulization Solution (2.5 Mg/3ml) 0.083% Inhalation
Albuterol Sulfate Nebulization Solution (5 Mg/MI) 0.5% Inhalation
Albuterol Sulfate Nebulization Solution 0.63 Mg/3ml Inhalation
Albuterol Sulfate Nebulization Solution 1.25 Mg/3ml Inhalation
Amphotericin B Liposomal 50 Mg Injection
Amphotericin B Solution Reconstituted 50 Mg Intravenous
Ampicillin Sodium Solution Reconstituted 1 Gm Injection
Ampicillin Sodium Solution Reconstituted 10 Gm Intravenous
Ampicillin Sodium Solution Reconstituted 125 Mg Injection
Aprepitant Oral Capsule 125 Mg
Aprepitant Oral Capsule 40 Mg
Aprepitant Oral Capsule 80 & 125 Mg
Aprepitant Oral Capsule 80 Mg
Azathioprine Oral Tablet 50 Mg, 75 Mg, 100 Mg
Bivigam Solution 5 Gm/50ml Intravenous
Budesonide Suspension 0.25 Mg/2ml Inhalation
Budesonide Suspension 0.5 Mg/2ml Inhalation
Budesonide Suspension 1 Mg/2ml Inhalation
Calcitriol Oral Solution 1 Mcg/MI
Caspofungin Acetate Solution Reconstituted 50 Mg Intravenous
Caspofungin Acetate Solution Reconstituted 70 Mg Intravenous
Cefoxitin Sodium Solution Reconstituted 1 Gm Intravenous
Cefoxitin Sodium Solution Reconstituted 10 Gm Injection
Cefoxitin Sodium Solution Reconstituted 2 Gm Intravenous
Cefuroxime Sodium Solution Reconstituted 1.5 Gm Intravenous
Cefuroxime Sodium Solution Reconstituted 7.5 Gm Injection
Cefuroxime Sodium Solution Reconstituted 750 Mg Injection
Cinacalcet Hcl Oral Tablet 30 Mg
Cinacalcet Hcl Oral Tablet 60 Mg
Cinacalcet Hcl Oral Tablet 90 Mg
Clinimix/Dextrose (4.25/10) Solution 4.25 % Intravenous
Clinimix/Dextrose (4.25/5) Solution 4.25 % Intravenous
Clinimix/Dextrose (5/15) Solution 5 % Intravenous
Clinimix/Dextrose (5/20) Solution 5 % Intravenous
Colistimethate Sodium (Cba) Solution Reconstituted 150 Mg Injection
Cromolyn Sodium Nebulization Solution 20 Mg/2ml Inhalation
Cyclophosphamide Oral Capsule 25 Mg
Cyclophosphamide Oral Capsule 50 Mg
Cyclosporine Oral Capsule 100 Mg
Cyclosporine Oral Capsule 25 Mg
Cyclosporine Modified Oral Capsule 100 Mg
Cyclosporine Modified Oral Capsule 25 Mg

Cyclosporine Modified Oral Capsule 50 Mg
 Cyclosporine Modified Oral Solution 100 Mg/ML
 Diphtheria-Tetanus Toxoids Dt Suspension 25-5 Lfu/0.5ml Intramuscular
 Dronabinol Oral Capsule 10 Mg
 Dronabinol Oral Capsule 2.5 Mg
 Dronabinol Oral Capsule 5 Mg
 Emend Oral Suspension Reconstituted 125 Mg
 Engerix-B Suspension 10 Mcg/0.5ml Injection
 Engerix-B Suspension 20 Mcg/ML Injection
 Engerix-B Suspension 20 MCG/ML Injection (prefilled syringe)
 Erythrocine Lactobionate Solution Reconstituted 500 Mg Intravenous
 Everolimus Oral Tablet 0.25 Mg
 Everolimus Oral Tablet 0.5 Mg
 Everolimus Oral Tablet 0.75 Mg
 Everolimus Oral Tablet 1 Mg
 Fluconazole In Sodium Chloride Solution 200-0.9 Mg/100ml-% Intravenous
 Fluconazole In Sodium Chloride Solution 400-0.9 Mg/200ml-% Intravenous
 Gammagard S/D Less Iga Solution Reconstituted 10 Gm Intravenous
 Gammagard S/D Less Iga Solution Reconstituted 5 Gm Intravenous
 Gammagard Solution 2.5 Gm/25ml Injection
 Gammaplex Solution 10 Gm/100ml Intravenous
 Gammaplex Solution 10 Gm/200ml Intravenous
 Gammaplex Solution 20 Gm/200ml Intravenous
 Gammaplex Solution 5 Gm/50ml Intravenous
 Gamunex-C Solution 1 Gm/10ml Injection
 Gengraf Oral Capsule 100 Mg
 Gengraf Oral Capsule 25 Mg
 Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML
 Glydo External Prefilled Syringe 2 %
 Granisetron Hcl Oral Tablet 1 Mg
 Heparin Sodium (Porcine) Solution 1000 Unit/ML Injection
 Heparin Sodium (Porcine) Solution 10000 Unit/ML Injection
 Heparin Sodium (Porcine) Solution 20000 Unit/ML Injection
 Heparin Sodium (Porcine) Solution 5000 Unit/ML Injection
 Hydromorphone Hcl Pf Solution 10 Mg/ML Injection
 Hydromorphone Hcl Pf Solution 50 Mg/5ml Injection
 Imipenem-Cilastatin Solution Reconstituted 250 Mg Intravenous
 Imipenem-Cilastatin Solution Reconstituted 500 Mg Intravenous
 Intralipid Emulsion 20 % Intravenous
 Intralipid Emulsion 30 % Intravenous
 Ipratropium Bromide Solution 0.02 % Inhalation
 Ipratropium-Albuterol Solution 0.5-2.5 (3) Mg/3ml Inhalation
 Levalbuterol Hcl Nebulization Solution 0.31 Mg/3ml Inhalation
 Levalbuterol Hcl Nebulization Solution 0.63 Mg/3ml Inhalation
 Levalbuterol Hcl Nebulization Solution 1.25 Mg/0.5ml Inhalation
 Levalbuterol Hcl Nebulization Solution 1.25 Mg/3ml Inhalation
 Levocarnitine Oral Solution 1 Gm/10ml
 Lidocaine Ointment 5 % External
 Lidocaine-Prilocaine Cream 2.5-2.5 % External
 Methotrexate Sodium (Pf) Solution 50 Mg/2ml Injection

Methotrexate Sodium Solution 50 Mg/2ml Injection
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
Mycophenolate Sodium Oral Tablet Delayed Release 360 Mg
Nafcillin Sodium Solution Reconstituted 1 Gm Injection
Nafcillin Sodium Solution Reconstituted 10 Gm Intravenous
Nafcillin Sodium Solution Reconstituted 2 Gm Injection
Neoral Oral Capsule 100 Mg
Neoral Oral Capsule 25 Mg
Neoral Oral Solution 100 Mg/ML
Nephramine Solution 5.4 % Intravenous
Nutralipid Emulsion 20 % Intravenous
Octreotide Acetate Solution 100 Mcg/ML Injection
Octreotide Acetate Solution 1000 Mcg/ML Injection
Octreotide Acetate Solution 200 Mcg/ML Injection
Octreotide Acetate Solution 50 Mcg/ML Injection
Octreotide Acetate Solution 500 Mcg/ML Injection
Ondansetron Hcl Oral Solution 4 Mg/5ml
Ondansetron Hcl Oral Tablet 4 Mg
Ondansetron Hcl Oral Tablet 8 Mg
Ondansetron Oral Tablet Dispersible 4 Mg
Ondansetron Oral Tablet Dispersible 8 Mg
Paricalcitol Oral Capsule 1 Mcg
Paricalcitol Oral Capsule 2 Mcg
Paricalcitol Oral Capsule 4 Mcg
Pentamidine Isethionate Inhalation Solution Reconstituted 300 Mg
Pentamidine Isethionate Injection Solution Reconstituted 300 Mg
Perforomist Nebulization Solution 20 Mcg/2ml Inhalation
Polymyxin B Sulfate Solution Reconstituted 500000 Unit Injection
PreHevbrio Suspension 10 MCG/ML Intramuscular
Premasol Solution 10 % Intravenous
Privigen Solution 20 Gm/200ml Intravenous
Procalamine Solution 3 % Intravenous
Prograf Oral Packet 0.2 Mg
Prograf Oral Packet 1 Mg
Prosol Solution 20 % Intravenous
Pulmozyme Solution 1 Mg/ML Inhalation
Recombivax Hb Suspension 10 Mcg/ML Injection
Recombivax Hb Suspension 10 Mcg/ML Injection (1ml Syringe)
Recombivax Hb Suspension 40 Mcg/ML Injection
Recombivax Hb Suspension 5 Mcg/0.5ml Injection
Recombivax HB Suspension 5 MCG/0.5ML Injection (prefilled syringe)
Sandimmune Solution 100 Mg/ML Oral
Sirolimus Oral Solution 1 Mg/ML
Sirolimus Oral Tablet 0.5 Mg
Sirolimus Oral Tablet 1 Mg
Sirolimus Oral Tablet 2 Mg
Tacrolimus Oral Capsule 0.5 Mg

Tacrolimus Oral Capsule 1 Mg
Tacrolimus Oral Capsule 5 Mg
Tdvax Suspension 2-2 Lf/0.5ml Intramuscular
Teflaro Solution Reconstituted 400 Mg Intravenous
Teflaro Solution Reconstituted 600 Mg Intravenous
Tenivac Injectable 5-2 LFU Intramuscular
Tenivac Injectable 5-2 LFU Intramuscular (Injection)
Tobramycin Nebulization Solution 300 Mg/5ml Inhalation
Tobramycin Sulfate Solution 10 Mg/MI Injection
Tobramycin Sulfate Solution 80 Mg/2ml Injection
TPN Electrolytes Solution Intravenous
Travasol Solution 10 % Intravenous
Trophamine Solution 10 % Intravenous
Everolimus Oral Tablet 1 Mg

Indicaciones

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

None

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

Medicamentos

Cabometyx Oral Tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes: 1) Carcinoma avanzado de células renales (RCC, según siglas en inglés). 2) Carcinoma de células renales avanzado, como tratamiento de primera línea en combinación con nivolumab. 3) Carcinoma hepatocelular (CHC) previamente tratado con sorafenib. 4) Cáncer de tiroides diferenciado (DTC, por sus siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico que ha progresado después de una terapia previa dirigida a VEGFR y que son refractarios al yodo radiactivo o no son elegibles.

Restricción de Edad

Para (DTC): 12 años o más. Otro: 18 años o más.

Restricción de Médico

Oncólogo o Hematólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

Medicamentos

Calquence Oral Capsule 100 MG

Calquence Oral Tablet 100 MG

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes, a) Linfoma de células del manto (MCL, según siglas en inglés) que ha recibido al menos una terapia previa, O b) Leucemia linfocítica crónica (CLL, según siglas en inglés) o linfoma linfocítico pequeño (SLL, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

CAMZYOS

Medicamentos

Camzyos Oral Capsule 2.5 MG, 5 MG, 10 MG, 15 MG

Criterios de Exclusión

Inhibidores moderados a fuertes de CYP2C19 o inhibidores fuertes de CYP3A4. Inductores moderados a fuertes de CYP2C19 o inductores moderados a fuertes de CYP3A4.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCH, según siglas en inglés) clase II a III sintomática de la New York Heart Association (NYHA, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Inscripción en el programa Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos (REMS, según siglas en inglés).

Indicaciones

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

CARBAGLU

Medicamentos

Carglumic Acid Oral Tablet 200 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de: 1) Hiperamonemia aguda por deficiencia de la enzima hepática N-acetilglutamato sintasa (NAGS, según siglas en inglés), como terapia adyuvante O 2) Hiperamonemia crónica por deficiencia de la enzima hepática N-acetilglutamato sintasa, como terapia de mantenimiento O 3) Hiperamonemia aguda por acidemia propiónica (PA, según siglas en inglés) o acidemia metilmalónica (MMA, según siglas en inglés), como terapia adyuvante.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

CAYSTON

Medicamentos

Cayston Solution Reconstituted 75 MG Inhalation

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

Diagnóstico de Pseudomonas aeruginosa en pacientes con fibrosis quística.

Restricción de Edad

Fibrosis quística: 7 años o más.

Restricción de Médico

Neumólogo o especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de Cubierta

3 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

CHLORZOXAZONE-BEERS

Medicamentos

Chlorzoxazone Oral Tablet 500 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico 2. Certificación del médico de que él/ella ha evaluado el riesgo versus el beneficio al usar este medicamento de alto riesgo (HRM, según siglas en inglés) y aún le gustaría iniciar/continuar la terapia.

Restricción de Edad

La preautorización solo 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

El médico ha evaluado el riesgo versus el beneficio al usar este medicamento de alto riesgo (HRM) y ha confirmad/certificado que aún le gustaría iniciar/continuar la terapia.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

CHOLBAM

Medicamentos

Cholbam Oral Capsule 50 MG, 250 MG

Criterios de Exclusión

Manifestaciones extrahepáticas de los desórdenes de la síntesis de ácidos biliares debidos a defectos enzimáticos únicos (SED, según siglas en inglés) o desórdenes de los peroxisomas (PD, según siglas en inglés) incluyendo desórdenes de Zellwegerspectrum. Disfunción hepática.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: El paciente debe tener UNO de los siguientes: A. Desórdenes de la síntesis de ácido biliar debido a defectos enzimáticos únicos (SED) o B. Desórdenes de los peroxisomas (PD), incluidos los desórdenes del espectro de Zellweger, como tratamiento adyuvante. 2. El diagnóstico se confirmó mediante espectrometría de masas u otras pruebas bioquímicas o pruebas genéticas. 3. Resultados iniciales 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

Hepatólogo, gastroenterólogo, médico genetista metabólico o biomédico con experiencia en tratamiento para el desorden de síntesis de ácidos biliares / desórdenes peroxisomal.

Duración de Cubierta

Inicio: 3 meses Continuación: 12 meses.

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

COPIKTRA

Medicamentos

Copiktra Oral Capsule 15 MG, 25 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: A) leucemia linfocítica crónica (CLL, según sus siglas en inglés) relapsante o refractaria, O B) linfoma linfocítico pequeño (SLL, según sus siglas en inglés) después de al menos dos tratamientos previos.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

CORLANOR

Medicamentos

Corlanor Oral Tablet 5 MG, 7.5 MG

Criterios de Exclusión

1. Fallo cardíaco agudo descompensado. 2. Hipotensión clínicamente significativa. 3. Síndrome del seno enfermo, bloqueo sinoauricular o bloqueo AV de tercer grado, a menos que esté presente un marcapasos a demanda en funcionamiento. 4. Bradicardia clínicamente significativa, 5. Combinación con inhibidores potentes del citocromo CYP3A4. 6. Insuficiencia hepática grave (Child-Pugh C). 7. Frecuencia cardíaca mantenida exclusivamente por el marcapasos.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de fallo cardíaco crónico estable y sintomático con fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual al 35 %, que están en ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 70 latidos por minuto y están en dosis máximas toleradas de betabloqueadores o tienen una contraindicación para el uso de betabloqueadores. El paciente se encuentra recibiendo las dosis máximas toleradas de ACEI o ARB a menos que sea intolerante o esté contraindicado, O 2) Diagnóstico de fallo cardíaco sintomático estable debido a miocardiopatía dilatada en pacientes pediátricos.

Restricción de Edad

Para fallo cardíaco crónico estable y sintomático con reducción en fracción de eyección del ventrículo izquierdo: 18 años o más. Para insuficiencia cardíaca sintomática estable debido a miocardiopatía dilatada: 6 meses o más.

Restricción de Médico

Cardiólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

CORTICOTROPIN

Medicamento

Cortrophin Injection Gel 80 Unit/MI

Criterios de Exclusión

1. Esclerodermia. 2. Osteoporosis. 3. Infecciones fúngicas sistémicas. 4. Herpes simple ocular. 5. Cirugía reciente. 6. Historial o presencia de una úlcera péptica. 7. Insuficiencia cardíaca congestiva. 8. Hipertensión. 9. Sensibilidad a proteínas derivadas de fuentes porcinas. 10. Insuficiencia adrenocortical primaria o hiperfunción adrenocortical.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Trastornos reumáticos: como tratamiento complementario para la administración a corto plazo en el tratamiento de un episodio agudo o exacerbación de: artritis psoriásica y artritis reumatoide, incluida la artritis reumatoide juvenil (casos seleccionados pueden requerir terapia de mantenimiento en dosis baja), espondilitis anquilosante y artritis gotosa aguda. B) Enfermedades del colágeno: En el manejo de una exacerbación o como terapia de mantenimiento en casos seleccionados de: lupus eritematoso sistémico y dermatomiositis sistémica (polimiositis). C) Enfermedades dermatológicas: eritema multiforme severo (síndrome de Stevens-Johnson), y psoriasis severa. D) Estados alérgicos: dermatitis atópica y enfermedad del suero. E) Enfermedades oftálmicas: En el manejo de procesos alérgicos e inflamatorios crónicos agudos severos que involucran el ojo y sus anexos tales como: conjuntivitis alérgica, queratitis, iritis e iridociclitis, uveítis posterior difusa y coroiditis, neuritis óptica, coriorretinitis, inflamación del segmento anterior. F) Sarcoidosis sintomática. G) Estados edematosos: Para inducir una diuresis o una remisión de la proteinuria en el síndrome nefrótico sin uremia de tipo idiopático o por lupus eritematoso. H) Sistema nervioso: Exacerbaciones agudas de la esclerosis múltiple. 2. Resultados negativos en la prueba de derivado de proteína purificada (PPD) para tuberculosis o el paciente está recibiendo quimioprofilaxis actualmente.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

Inicio: 3 meses. Renovación: 6 meses.

Otros Criterios

La corticotropina debe administrarse para el tratamiento solo cuando la enfermedad es intratable con una terapia más convencional. La corticotropina debe ser un complemento y no la única terapia en el tratamiento de una enfermedad. Para la renovación: el MD deberá proporcionar un certificado de que el paciente ha tenido una respuesta clínica positiva con el agente solicitado.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

COTELLIC

Medicamentos

Cotellic Oral Tablet 20 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: melanoma no resecable 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 de tumores. 3. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (LVEF, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

CYCLOBENZAPRINE-BEERS

Medicamentos

Cyclobenzaprine HCl Oral Tablet 5 MG, 7.5 MG, 10 MG

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, según siglas en inglés) y aun así desea iniciar o 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

DAURISMO

Medicamentos

Daurismo Oral Tablet 25 MG, 100 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés) recién diagnosticada, para ser usada en combinación con citarabina en dosis bajas, para el tratamiento de pacientes que tienen 75 años o más de edad o que tienen comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva.

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

DAYBUE

Medicamentos

Daybue Oral Solution 200 Mg/MI

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico del Síndrome de Rett. 2. Peso.

Restricción de Edad

2 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo y Genetista

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

DIACOMIT

Medicamentos

Diacomit Oral Capsule 250 Mg, 500 Mg

Diacomit Oral Packet 250 Mg, 500 Mg

Criterios de Exclusión

Monoterapia.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet en pacientes que toman clobazam.

Restricción de Edad

6 meses o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

DICLOFENAC PATCH

Medicamentos

Diclofenac Epolamine Patch 1.3 % External

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de dolor agudo.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MEDICAMENTOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

Medicamentos

Adalimumab-Adbm Subcutaneous Auto-Injector Kit 40 Mg/0.8ml
Adalimumab-Adbm Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 Mg/0.8ml
Humira Pediatric Crohn's Start Prefilled Syringe Kit 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML Subcutaneous
Humira Pediatric Crohn's 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 Pen-Injector Kit 80 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-Pediatric UC Start Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous
Humira Pen-Ps/UV/Adol HS Start Pen-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous
Humira Pen-Psor/Uveit 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 20 MG/0.2ML Subcutaneous
Humira Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous
Humira Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

PPD negativo

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Para la artritis reumatoide (RA, según siglas en inglés) 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 RA 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), hidroxicloroquina, 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, hidroxicloroquina, 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 RA) 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 severa), 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).

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

DRIZALMA

Medicamento

Drizalma Sprinkle Oral Capsule Delayed Release 20 Mg, 30 Mg, 40 Mg, 60 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico, 2. El paciente ha usado previamente cápsulas de duloxetine o no puede tragar las cápsulas de duloxetine.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Dolor por cáncer, dolor neuropático inducido por quimioterapia.

Prerrequisito Parte B

Ninguno

DUPIXENT

Medicamento

Dupixent Solution Pen-Injector 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML

Dupixent Solution Prefilled Syringe 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: (A) Dermatitis atópica de moderada a grave cuya enfermedad no se controla adecuadamente con al menos un uso previo de un corticosteroide tópico o un inhibidor de calcineurina tópico (TCI, según siglas en inglés) O cuando esas terapias no son recomendables. (B) Asma de moderada a grave caracterizada por un fenotipo eosinofílico o con asma dependiente de corticosteroides orales, como terapia de mantenimiento adicional. (C) Rinosinusitis crónica con poliposis nasal inadecuadamente controlada (CRSwNP, según siglas en inglés). (D) Esofagitis eosinofílica (EoE, según siglas en inglés). Ó (E) Prurigo Nodularis (PN, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

Para dermatitis atópica: 6 meses y mayores. Para el asma: 6 años y mayores. Para rinosinusitis crónica con poliposis nasal y para prurigo nodularis: 18 años y mayores. Para esofagitis eosinofílica: 12 años y mayores.

Restricción de Médico

Prescrito por o en consulta con un Dermatólogo, Alergista, Inmunólogo, Otorrinolaringólogo o Gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

EMGALITY

Medicamento

Emgality Solution Prefilled Syringe 100 MG/ML

Emgality Solution Prefilled Syringe 120 MG/ML

Emgality Solution Auto-Injector 120 MG/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Migraña y el medicamento se utilizará como tratamiento preventivo. a) Al menos 4 días de dolor de cabeza por migraña por mes (antes de iniciar un medicamento preventivo para la migraña), Y probó y fracasó en al menos 2 terapias estándar de prevención, cada una de una clase farmacológica diferente (anticonvulsivo, bloqueador beta o antidepresivo), Y cumple con uno de los siguientes criterios: i) el paciente tuvo una eficacia inadecuada para ambas terapias farmacológicas profilácticas estándar, de acuerdo con el médico que lo recetó, O ii) el paciente experimentó eventos adversos lo suficientemente graves como para justificar la interrupción de ambas terapias profilácticas estándar, de acuerdo con el médico que prescribe, O iii) el paciente ha tenido una eficacia inadecuada con una terapia farmacológica profiláctica estándar y ha experimentado un evento adverso lo suficientemente grave como para justificar la interrupción de otra terapia farmacológica profiláctica estándar, según el médico que prescribe. 2. Cefalea episódica en racimo, como tratamiento Y el paciente probó y fracasó al menos con un triptán (sumatriptán o zolmitriptán), Y el certificado del médico incluye cualquiera de los siguientes: (A) El paciente tuvo una eficacia inadecuada con al menos un triptán O (B) El paciente ha experimentado eventos adversos lo suficientemente graves como para justificar la interrupción de una terapia triptan.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ENBREL

Medicamento

Enbrel Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML

Enbrel Subcutaneous Solution Reconstituted 25 MG

Enbrel SureClick Subcutaneous Solution Auto-injector 50 MG/ML

Enbrel Mini subcutaneous solution cartridge 50 mg/ml

Enbrel Subcutaneous Solution 25 Mg/0.5ml

Criterios de Exclusión

Infección seria activa (incluida la tuberculosis).

Información Médica Requerida

El diagnóstico de artritis reumatoide moderada a severa y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológica (DMARDs, según siglas en inglés) O el 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 no biológica (DMARDs) O El diagnóstico de artritis psoriásica y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al metotrexato O El diagnóstico de espondilitis anquilosante y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a uno o más NSAIDs O Diagnóstico de psoriasis en placas crónica moderada a severa (que afecta a más del 5% del área de la superficie corporal o afecta a áreas cruciales del cuerpo como las manos, pies, cara o genitales) y el paciente tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a la terapia convencional con al menos uno de los siguientes: fototerapia y/o retinoides o uno o más tratamientos orales sistémicos (ejemplo, metotrexato, ciclosporina, acitretin, sulfasalazina).

Restricción de Edad

Para artritis idiopática juvenil poliarticular: 2 años o más. Para psoriasis en placas: 4 años o más. Otro diagnóstico: Ninguno.

Restricción de Médico

Artritis reumatoide (inicial), artritis idiopática juvenil poliarticular (inicial), espondilitis anquilosante (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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

EPCLUSA

Medicamento

Epclusa Oral Tablet 400-100 MG

Epclusa Oral Tablet 200-50 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

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

Restricción de Edad

3 años o más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

12 semanas

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

EPIDIOLEX

Medicamento

Epidiolex Oral Solution 100 MG/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de convulsiones asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut, síndrome de Dravet o complejo de esclerosis tuberosa. 2. Transaminasas séricas (ALT y AST) y niveles de bilirrubina total.

Restricción de Edad

1 año o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

EPRONTIA

Medicamento

Eprontia Oral Solution 25 MG/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para una de las siguientes indicaciones: 1) Epilepsia: monoterapia inicial para el tratamiento de crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas primarias o de inicio parcial; terapia adyuvante para el tratamiento de convulsiones de inicio parcial, convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias o convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox Gastaut, o 2) Tratamiento preventivo de la migraña.

Restricción de Edad

Para Epilepsia: 2 años o más. Para prevención de Migraña: 12 años o más.

Restricción de Médico

Epilepsia: Neurólogo. Migraña: Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza o Especialista en Dolor.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ERLEADA

Medicamento

Erleada Oral Tablet 60 MG, 240 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes cánceres de próstata: a) Resistente a la castración no metastásico O b) Sensible a la castración metastásico.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo o Urólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ESTIMULANTES DE ERITROCITOS

Medicamentos

Retacrit Solution 2,000 UNIT/ML Injection
Retacrit Solution 3,000 UNIT/ML Injection
Retacrit Solution 4,000 UNIT/ML Injection
Retacrit Solution 10,000 UNIT/ML Injection
Retacrit Solution 20,000 UNIT/ML Injection
Retacrit Solution 40,000 UNIT/ML Injection

Criterios de Exclusión

Hipertensión no controlada

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes, a. Anemia debida a enfermedad renal crónica (CKD, según siglas en inglés) en pacientes en diálisis y no en diálisis O anemia debida a zidovudina en pacientes con infección por VIH O anemia debida a los efectos de la quimioterapia mielosupresora concomitante, y al inicio, hay un mínimo de dos meses adicionales de quimioterapia planificada. O b. Reducción de transfusiones de glóbulos rojos alogénicos en pacientes sometidos a cirugía electiva, no cardíaca y no vascular. 2. Nivel de hemoglobina.

Restricción de Edad

Ninguna

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, según siglas en inglés). 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Anemia relacionada a insuficiencia cardíaca congestiva. Anemia por radiación. Anemia durante el puerperio. Anemia - Hepatitis C, en pacientes tratados con una combinación de ribavirina e interferón alfa o ribavirina y peginterferón alfa. Anemia relacionada con mieloma de múltiple. Anemia relacionada al síndrome mielodisplásico. Anemia relacionada a mielofibrosis. Anemia del prematuro. Anemia relacionada a artritis reumatoide. Anemia relacionada a talasemia.

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ESBRIET

Medicamento

Pirfenidone Oral Capsule 267 MG

Pirfenidone Oral Tablet 267 MG, 534 MG, 801 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, fibrosis idiopática pulmonar confirmado por tomografía computarizada (CT, según sus siglas en inglés) o biopsia, paciente tiene capacidad vital forzada (FVC, según sus siglas en inglés) mayor o igual al 50% de lo previsto y el paciente no tiene evidencia o sospecha de un diagnóstico alterno 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 Criterio

Para continuación de tratamiento, el paciente se ha estabilizado desde el valor base en capacidad vital forzada o mejora, según lo determine el prescribiente, Y el paciente no ha experimentado aumento de AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o superiores a 3 veces el límite superior de la normalidad con signos o síntomas de daño hepático severo.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

EVRYSDI

Medicamento

Evrysdi Oral Solution Reconstituted 0.75 Mg/MI

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de atrofia muscular espinal (SMA, según sus siglas en inglés) tipo 1, 2 o 3. 2. Prueba de confirmación de mutaciones genéticas en el cromosoma 5q que conducen a la deficiencia de proteína de supervivencia de la neurona motora (SMN, según sus siglas en inglés). 3. El paciente no está recibiendo tratamiento modificador de la neurona motora (SMN, según sus siglas en inglés) de supervivencia crónica concomitante (por ejemplo, Spinraza (nusinersen)). 4. El paciente no depende de ventilación invasiva o traqueotomía.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Prescrito por o en consulta con un médico que se especializa en el tratamiento de la atrofia muscular espinal (SMA), neurólogo o genetista.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterio

Para renovación: El paciente ha tenido una respuesta clínica positiva con el agente solicitado (por ejemplo, mejora en la función motora o estabilización de la pérdida de la función motora).

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

EXJADE

Medicamentos

Deferasirox Oral Tablet Soluble 125 MG

Deferasirox Oral Tablet Soluble 250 MG

Deferasirox Oral Tablet Soluble 500 MG

Criterios de Exclusión

Neoplasias malignas avanzadas, recuentos de plaquetas inferiores a $50 \times 10^9/L$, síndromes mielodisplásicos de alto riesgo, tasa de filtración glomerular (GFR, según siglas en inglés) inferior a $40 \text{ ml / min / } 1.73 \text{ m}^2$, pacientes con un estado funcional deficiente.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre O sobrecarga de hierro en síndromes de talasemia no dependiente de transfusiones (NTDT, según siglas en inglés). Para sobrecarga de hierro transfusional: GFR, creatinina sérica por duplicado, transaminasas séricas (AST y ALT), bilirrubina, ferritina sérica, unidades de PRBC transfundidas, electrolitos séricos, análisis de orina. Para la sobrecarga de hierro en los síndromes de talasemia no dependientes de transfusiones: LIC de al menos 5 mg de Fe / g, ferritina sérica superior a 300 mcg / L, GFR, creatinina sérica por duplicado, transaminasas séricas (AST y ALT), bilirrubina, electrolitos séricos, análisis de orina.

Restricción de Edad

Sobrecarga de hierro debido a transfusiones de sangre (inicial): 2 años o más. NTDT (inicial): 10 años o más.

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

EXKIVITY

Medicamentos

Exkivity Oral Capsule 40 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico con mutaciones de inserción del exón 20 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, según siglas en inglés), según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA, cuya enfermedad ha progresado durante o después de la quimioterapia basada en platino.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

FENTANYL

Medicamentos

Fentanyl Citrate Lozenge On A Handle 200 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Lozenge On A Handle 400 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Lozenge On A Handle 600 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Lozenge On A Handle 800 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Lozenge On A Handle 1200 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Lozenge On A Handle 1600 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Tablet 100 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Tablet 200 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Tablet 400 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Tablet 600 MCG Buccal
Fentanyl Citrate Tablet 800 MCG Buccal

Criterios de Exclusión

Asma bronquial aguda o grave, obstrucción gastrointestinal conocida o sospechada, incluido íleo paralítico, depresión respiratoria significativa. Dolor agudo o intermitente, dolor posoperatorio, dolor leve. Pacientes no tolerantes a opioides.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Para Fentanyl OTF: Oncólogos y Especialistas de Dolor.

Duración de Cubierta

Inicio: 3 meses. Continuación: 6 meses.

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

FERRIPROX

Medicamentos

Ferriprox Oral Solution 100 MG/ML

Deferiprone Oral Tablet 500 Mg , 1000 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1.Diagnóstico de sobrecarga de hierro transfusional por síndromes de talasemia, enfermedad de célula falciforme u otras anemias. 2.Recuento absoluto de neutrófilos (ANC, según siglas en inglés). 3. Peso corporal.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Hematólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

FILGRASTIM

Medicamentos

Neupogen Solution 300 MCG/ML Injection
Neupogen Solution 480 MCG/1.6ML Injection
Neupogen Solution Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML Injection
Neupogen Solution Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML Injection
Nivestym Solution 300 MCG/ML Injection
Nivestym Solution 480 MCG/1.6ML Injection
Nivestym Solution Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML Injection
Nivestym Solution Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML Injection

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

Sujeto a revisión B vs D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

FINTEPLA

Medicamentos

Fintepla Oral Solution 2.2 Mg/MI

Criterios de Exclusión

Dentro de los 14 días posteriores a la administración de inhibidores de la monoamino oxidasa debido a un mayor riesgo de síndrome serotoninérgico.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet o síndrome de Lennox-Gastaut. 2. Ecocardiograma. 3. Peso corporal.

Restricción de Edad

2 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

El paciente está inscrito en el programa FINTEPLA REMS.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

FIRAZYR

Medicamentos

Icatibant Acetate Subcutaneous Solution 30 Mg/3ml

Sajazir Subcutaneous Solution 30 Mg/3ml

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

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 o condiciones relacionadas.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

FOTIVDA

Medicamentos

Fotivda Oral Capsule 0.89 Mg, 1.34 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de carcinoma de células renales avanzado (RCC, según siglas en inglés) relapsante o refractario, después de dos o más terapias sistémicas previas.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

FYCOMPA

Medicamentos

Fycompa Oral Suspension 0.5 MG/ML

Fycompa Oral Tablet 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, 10 MG, 12 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de, 1. Monoterapia o terapia adyuvante para las convulsiones de inicio parcial con o sin convulsiones generalizadas secundarias en pacientes con epilepsia O 2. Terapia adyuvante para convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias.

Restricción de Edad

Convulsiones de inicio parcial: 4 años o más; Convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: 12 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Fallo al tratamiento de monoterapia con medicamentos antiepilépticos, con evidencia de uso anterior en reclamos de farmacia o evidencia de registro médico o procesamiento de reclamos de farmacia a través de otro beneficio.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

GATTEX

Medicamentos

Gattex KIT 5 MG Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

El diagnóstico del síndrome del intestino corto Y el paciente depende del apoyo parenteral. Niveles basales de bilirrubina, fosfatasa alcalina, lipasa y amilasa dentro de 6 meses previos al inicio del tratamiento. Adultos: colonoscopia de todo el colon con extirpación de pólipos dentro de los 6 meses previo al inicio. Pacientes pediátricos: análisis de sangre oculta en heces fecales seguido de colonoscopia / sigmoidoscopia para detectar sangre inexplicable en las heces dentro de los 6 meses previo al inicio.

Restricción de Edad

1 año o más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

Iniciación, 6 meses. Renovación, 12 meses.

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

GAVRETO

Medicamentos

Gavreto Oral Capsule 100 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) con fusión positiva metastásico reordenado durante la transfección (RET, según siglas en inglés) según detectado por una prueba aprobada por la FDA. B) Cáncer de tiroides con fusión positiva con RET avanzado o metastásico que requieren terapia sistémica y que son refractarios al yodo radiactivo (si el yodo radiactivo es apropiado).

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

GILENYA

Medicamentos

Gilenya Oral Capsule 0.5 MG
Fingolimod Oral Capsule 0.5 MG

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 tercer grado de bloqueo AV o síndrome del seno enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapaso, Valor de base de 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

GLATIRAMER

Medicamentos

Glatiramer Acetate Solution Prefilled Syringe 40 MG/ML Subcutaneous
Glatopa Solution Prefilled Syringe 40 MG/ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

Diagnóstico

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

GLEOSTINE

Medicamentos

Gleostine Oral Capsule 10 Mg

Gleostine Oral Capsule 40 Mg

Gleostine Oral Capsule 100 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Tumores cerebrales, primarios y metastásicos, tras procedimientos quirúrgicos y/o radioterapéuticos apropiados. B) Linfoma de Hodgkin en combinación con otras quimioterapias, luego de la progresión de la enfermedad con quimioterapia inicial. 2. Área de superficie corporal (BSA, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

AGONISTAS DEL PÉPTIDO 1 SIMILARES AL GLUCAGÓN

Medicamentos

Ozempic (0.25 Or 0.5 Mg/Dose) Subcutaneous Solution Pen-Injector 2 Mg/1.5ml

Ozempic (0.25 Or 0.5 Mg/Dose) Subcutaneous Solution Pen-Injector 2 Mg/3ml

Ozempic (1 Mg/Dose) Subcutaneous Solution Pen-Injector 4 Mg/3ml

Ozempic (2 Mg/Dose) Subcutaneous Solution Pen-Injector 8 Mg/3ml

Bydureon Bcise Subcutaneous Auto-Injector 2 Mg/0.85ml

Byetta 10 Mcg Pen Subcutaneous Solution Pen-Injector 10 Mcg/0.04ml

Byetta 5 Mcg Pen Subcutaneous Solution Pen-Injector 5 Mcg/0.02ml

Rybelsus Oral Tablet 3 Mg, 7 Mg, 14 Mg

Trulicity Subcutaneous Solution Pen-Injector 0.75 Mg/0.5ml, 1.5 Mg/0.5ml, 3 Mg/0.5ml, 4.5 Mg/0.5ml

Victoza Subcutaneous Solution Pen-Injector 18 Mg/3ml

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HORMONAS DE CRECIMIENTO Y MEDICAMENTOS RELACIONADOS

Medicamentos

Norditropin Flexpro Subcutaneous Solution 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML

Criterios de Exclusión

Enfermedad crítica aguda, insuficiencia respiratoria aguda, enfermedad maligna activa, uso para la promoción del crecimiento en pacientes pediátricos con epífisis cerradas, pacientes pediátricos con síndrome de Prader-Willi que tienen obesidad severa, antecedentes de obstrucción de las vías respiratorias superiores o apnea del sueño o insuficiencia respiratoria grave y pacientes con retinopatía diabética proliferativa activa o no proliferativa activa severa.

Información Médica Requerida

Niños con deficiencia de hormona de crecimiento (GH, según siglas en inglés) 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 GH 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, 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 autorizan cursos repetidos de GH de 12 o 24 semanas después del curso inicial de HC de 12 o 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

HIV Wasting Syndrome.

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HADLIMA

Medicamentos

Hadlima Pushtouch Subcutaneous Solution Auto-Injector 40 Mg/0.4ml & 40 Mg/0.8ml

Hadlima Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 Mg/0.4ml & 40 Mg/0.8ml

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Artritis Reumatoide (RA, según siglas en inglés) activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas, inducir una respuesta clínica importante, inhibiendo la progresión del daño estructural y mejorar la función física. B) Artritis Idiopática Juvenil (JIA, según siglas en inglés) poliarticular activa de moderada a severa para reducir los signos y síntomas. C) Artritis Psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés) para reducir los signos y síntomas, inhibiendo la progresión del daño estructural y mejorando la función física. D) Espondilitis Anquilosante (AS, según siglas en inglés) activa para reducir signos y síntomas. E) Enfermedad de Crohn (CD, según siglas en inglés) activa de moderada a severa. F) Colitis Ulcerosa (UC, según siglas en inglés) activa de moderada a severa. G) Psoriasis en placas (Ps, según siglas en inglés) crónica de moderada a severa en pacientes candidatos a terapia sistémica o fototerapia, y cuando otras terapias sistémicas son médicamente menos apropiadas. H) Hidradenitis Supurativa (HS, según siglas en inglés) de moderada a severa. I) Uveítis (UV, según siglas en inglés) intermedia no infecciosa, posterior y panuveítis. 2. Prueba de tuberculosis latente.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Para RA y AS: Reumatólogo. Para PsA y PS: Reumatólogo o Dermatólogo. Para JIA: Reumatólogo. Para CD o UC: Gastroenterólogo. Para HS: Dermatólogo. Para UV: 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 otorgar autorización para adalimumab. Adalimumab está aprobado por la FDA para la RA en adultos que han tenido una respuesta inadecuada a uno o más DMARD. Los DMARD son los siguientes medicamentos: anakinra, auranofina (Ridaura), azatioprina, ciclosporina (varias marcas genéricas), d-penicilamina (Cuprimina), etanercept, oro thiomalate de sodio (Aurolate, genérico), hidroxicloroquina, 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, hidroxicloroquina, 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 RA) 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 severa), 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).

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HARVONI

Medicamentos

Harvoni Oral Tablet 90-400 MG

Criterios de Exclusión

Si se administra con ribavirin, también se aplican las contraindicaciones para ribavirin.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico. 2. Genotipo. 3. Estado de tratamiento del paciente (sin tratamiento previo o con experiencia en el tratamiento). 4. Clase Child Pugh.

Restricción de Edad

3 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 aplicarán de acuerdo con las guías de AASLD / IDSA más actualizadas.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HEPSERA

Medicamentos

Adefovir Dipivoxil Oral Tablet 10 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hepatitis B crónica.

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HETLIOZ

Medicamento

HetlioZ Oral Capsule 20 MG

Tasimelteon Oral Capsule 20 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Trastorno de sueño y vigilia que no es de 24 horas (No de 24) O, 2) Trastornos del sueño durante la noche en el síndrome de Smith-Magenis (SMS, según siglas en inglés) en pacientes de 16 años o mayores.

Restricción de Edad

Para (No-24), 18 años o más. Para (SMS), 16 años o más.

Restricción de Médico

Especialista en Trastornos del Sueño o Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HUMULIN R 500

Medicamento

Humulin R U-500 (Concentrated) Solution 500 UNIT/ML Subcutaneous

Humulin R U-500 KwikPen Solution Pen-injector 500 UNIT/ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Para uso de bomba de insulina.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de diabetes mellitus que requiere más de 200 unidades de insulina no concentrada al día.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HYFTOR

Medicamento

Hyftor Gel 0.2 % External

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de angiofibroma facial asociado a esclerosis tuberosa.

Restricción de Edad

6 años o más.

Restricción de Médico

Prescrito por o en consulta con un Dermatólogo, Neurólogo o Genetista.

Duración de Cubierta

Inicio 3 meses, renovación 12 meses.

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente muestra una mejoría de los síntomas dentro de las 12 semanas posteriores al tratamiento.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HYDROXYCHLOROQUINE

Medicamento

Hydroxychloroquine Sulfate Oral Tablet 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

HYDROXYZINE

Medicamento

Hydroxyzine Hcl Oral Tablet 10 MG, 25 MG, 50 MG
Hydroxyzine Pamoate Oral Capsule 25 MG, 50 MG, 100 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1) Diagnóstico 2) Confirmación del médico que reconoce que el medicamento es de alto riesgo en pacientes de edad avanzada y que el paciente ha fracasado y/o probado al menos una alternativa de no alto riesgo cuando corresponda. Condiciones alérgicas: desloratadina, cetirizina, levocetirizina. Ansiedad/ Sedación: buspirona.

Restricción de Edad

La preautorización solo 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

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

IBRANCE

Medicamentos

Ibrance Oral Capsule 75MG, 100 MG, 125 MG

Ibrance Oral Tablet 75MG, 100 MG, 125 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastático, del receptor de hormonas (HR, según siglas en inglés) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2, según siglas en inglés) negativo, en combinación con: un inhibidor de la aromatasa como tratamiento inicial basado en la endocrina en mujeres posmenopáusicas o en hombres O con fulvestrant en pacientes con progresión de la enfermedad tras terapia endocrina.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ICLUSIG

Medicamentos

Iclusig Oral Tablet 10MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG

Criterios de Exclusión

Recién diagnosticado en fase crónica de la CML.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Leucemia mieloide crónica (CML, según siglas en inglés) en fase crónica (CP, según siglas en inglés) con resistencia o intolerancia a al menos dos inhibidores de quinasa previos, 2) LMC en fase acelerada (AP, según siglas en inglés) o fase blástica (BP, según siglas en inglés) o cromosoma Filadelfia positivo leucemia linfoblástica aguda (LLA Ph +) para la que no están indicados otros inhibidores de la quinasa, O 3) LMC T315I positiva (fase crónica, fase acelerada o fase blástica) o LLA Ph + T315I positiva.

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

IDHIFA

Medicamentos

Idhifa Oral Tablet 50 MG, 100 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, tratamiento de pacientes adultos con leucemia mieloide aguda (AML, por sus siglas en inglés) en recaída o refractaria con una mutación de isocitrato 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

IMATINIB

Medicamentos

Imatinib Mesylate Oral Tablet 100 MG, 400 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico 2. Pruebas de embarazo en mujeres en edad fértil antes del tratamiento.

Restricción de Edad

1 año y mayores.

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo, alergista o inmunólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

IMBRUVICA

Medicamentos

Imbruvica Oral Capsule 70 MG, 140 MG

Imbruvica Oral Tablet 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG

Imbruvica Oral Suspension 70 MG/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico. 2. Clase Child-Pugh.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Oncólogo, Hematólogo, Especialista en Trasplantes.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

INBRIJA

Medicamentos

Inbrija Inhalation Capsule 42 Mg

Criterios de Exclusión

Pacientes que actualmente estén tomando un inhibidor no selectivo de la monoamino oxidasa (MAO) o que hayan tomado recientemente (últimas 2 semanas) un inhibidor no selectivo de MAO.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson para el tratamiento intermitente de episodios “OFF” en pacientes tratados con carbidopa / levodopa.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, el médico debe documentar el beneficio clínico positivo de la terapia que reduce el tiempo de los episodios “OFF”.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

INCRELEX

Medicamentos

Increlex Solution 40 MG/4ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Neoplasia activa o con sospecha.

Información Médica Requerida

1.Diagnóstico. 2. Peso corporal

Restricción de Edad

2-18 años.

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

INQOVI

Medicamentos

Inqovi Oral Tablet 35-100 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de síndromes mielodisplásicos (MDS, por sus siglas en inglés), incluidos MDS tratados previamente y sin tratar, de novo y secundarios con los siguientes subtipos Frances Americano-Británico (anemia refractaria, anemia refractaria con sideroblastos anillados, anemia refractaria con exceso de blastos y leucemia mielomonocítica crónica [CMML, según siglas en inglés]) e intermedio-1, intermedio-2 y grupos del Sistema Internacional de Puntuación de Pronóstico de alto riesgo. Laboratorios: CBC con diferencial. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Aconseje a las mujeres con potencial reproductivo que utilicen métodos anticonceptivos efectivos durante el tratamiento con INQOVI y durante los 6 meses posteriores a la última dosis. Aconseje a los hombres con parejas femeninas con potencial reproductivo que utilicen métodos anticonceptivos efectivos durante el tratamiento con INQOVI y durante 3 meses después de la última dosis.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

INREBIC

Medicamentos

Inrebic Capsule 100 MG Oral

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico mielofibrosis primaria o secundaria (post-policitemia vera o post-trombocitemia esencial) de riesgo intermedio-2 o alto. 2. Laboratorios: CBC con diferencial, creatinina sérica (SCr), prueba de función hepática (AST, ALT, bilirrubina) y niveles de tiamina.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

INTERFERON BETA-1B

Medicamentos

Betaseron KIT 0.3 MG Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Imagen de Resonancia Magnética (MRI, según siglas en inglés).

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

INTRON A

Medicamentos

Intron A Solution Reconstituted 10000000 UNIT Injection
Intron A Solution Reconstituted 18000000 UNIT Injection
Intron A Solution Reconstituted 50000000 UNIT Injection

Criterios de Exclusión

Hepatitis autoinmune, enfermedad hepática descompensada.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Hepatitis B crónica: 1 año o más. Hepatitis C crónica: 3 años o más. Otros diagnósticos: 18 años o más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hematólogo, Oncólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Ginecólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

IRESSA

Medicamentos

Gefitinib Oral Tablet 250 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cancer metastásico de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) cuyos tumores poseen receptor de factor de crecimiento epidermal (EGFR, según siglas en inglés) con deleciones de exón 19 o mutaciones de sustitución del exón 21 (L858R), según detectado por prueba aprobado por FDA.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación basado en ambos de los siguientes criterios: (1) Paciente no ha experimentado progresión de enfermedad Y (2) Paciente no ha experimentado algún evento adverso serio mientras utiliza medicamento.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

JAKAFI

Medicamentos

Jakafi Oral Tablet 5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo o especialista en trasplantes.

Duración de Cubierta

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

Otros Criterios

Para continuación: documentación de respuesta clínica positiva a la terapia.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

JAYPIRCA

Medicamentos

Jaypirca Oral Tablet 50 Mg, 100 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de linfoma de células del manto (MCL, según siglas en inglés) en recaída o refractario, después de al menos dos líneas de terapia sistémica, incluido un inhibidor de la tirosina quinasa de Bruton (BTK, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

JUXTAPID

Medicamentos

Juxtapid Oral Capsule 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG

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

Diagnóstico de hipercolesterolemia familiar homocigótica evidenciado por uno de los siguientes: A) confirmación genética de 2 alelos mutantes en el receptor de LDL, ApoB, PCSK9 o locus del gen de la proteína adaptadora de la hipercolesterolemia autosomal recesiva (ARH, según siglas en inglés) O B) LDL sin tratar mayor de 500 mg/dL. El paciente ha probado y ha tenido una respuesta inadecuada a la dosis máxima tolerada de una estatina de alta potencia (ejemplo, atorvastatina, rosuvastatina), a menos que todas las estatinas estén contraindicadas o el paciente no pueda tolerar las estatinas Y haya probado y fallado una estatina en combinación con ezetimibe. 2. ALT, AST, fosfatasa alcalina y bilirrubina total. 3. Clase de Child-Pugh.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neumólogo Cardiólogo, Lipidólogo, Endocrinólogo y / o Geneticista.

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. 2. Programa REMS - Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo antes del inicio de la terapia.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

KALYDECO

Medicamentos

Kalydeco Oral Packet 25 MG, 50 MG, 75 MG

Kalydeco Oral Tablet 150 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de fibrosis quística (CF, según siglas en inglés) 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 CF autorizada por la FDA para detectar la presencia de una mutación CFTR seguido por una verificación bidireccional de secuencia cuando sea recomendado por la de prueba de mutación. 2. Transaminasas hepáticas (ALT y AST).

Restricción de Edad

Ninguno

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).

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

KERENDIA

Medicamentos

Kerendia Oral Tablet 10 MG, 20 MG

Criterios de Exclusión

Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP3A4. Pacientes con insuficiencia adrenal.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de enfermedad renal crónica (CKD, según siglas en inglés) asociada con diabetes tipo 2 (T2D, según siglas en inglés) para reducir el riesgo de disminución sostenida de eGFR, enfermedad renal en etapa terminal, muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal y hospitalización por insuficiencia cardíaca. 2. Filtración glomerular estimada (eGFR, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses.

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

KESIMPTA

Medicamentos

Kesimpta Subcutaneous Solution Auto-Injector 20 Mg/0.4ml

Criterios de Exclusión

Infección activa por HBV

Información Médica Requerida

Diagnóstico de formas relapsante de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir síndrome clínicamente aislado, enfermedad remitente-relapsante y enfermedad progresiva secundaria activa.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

KISQALI

Medicamentos

Kisqali 200 MG Dose Oral Tablet Therapy Pack

Kisqali 400 MG Dose Oral Tablet Therapy Pack

Kisqali 600 MG Dose Oral Tablet Therapy Pack

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor hormonal (HR, según siglas en inglés) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés) negativo en combinación con: (A) un inhibidor de la aromatasa como terapia endocrina inicial, O (B) fulvestrant como terapia endocrina inicial o después de la progresión de la enfermedad en la terapia endocrina en mujeres posmenopáusicas o en hombres. 2. El paciente ha probado y ha fallado el tratamiento con Ibrance o Verzenio. 3. Evalúe el ECG antes de iniciar el tratamiento. Iniciar el tratamiento solo en pacientes con QTcF inferior a 450 mseg. 3. Pruebas de función hepática (LFTs) y hemograma completo (CBC, según siglas en inglés).

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

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

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico. 2. El paciente probó y fracasó el tratamiento con Ibrance o Verzenio. 3. Hemograma completo (CBC, según siglas en inglés), pruebas de función hepática y un ECG antes de iniciar la terapia.

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

KORLYM

Medicamentos

Korlym Oral Tablet 300 MG

Criterios de Exclusión

Embarazo y lactancia. Paciente que requiere tratamiento concomitante con corticosteroides a largo plazo (por ejemplo, inmunosupresión para trasplante de órganos). Antecedentes de sangrado vaginal inexplicable. Hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma endometrial. Tomar simultáneamente simvastatina, lovastatin o un sustrato de CYP3A con un índice terapéutico estrecho (por ejemplo, ciclosporina, dihidroergotamina, ergotamina, fentanilo, pimizida, quinidina, sirolimus o tacrolimus).

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico del síndrome de Cushing endógeno Y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a la glucosa Y el paciente tiene hiperglucemia secundaria a hipercortisolismo Y el paciente ha fallado o no es candidato para la cirugía. 2. El paciente ha fallado o ha sido intolerante a la terapia con inhibidores de enzimas suprarrenales. 3. El paciente ha fracasado o ha sido intolerante a la terapia con agentes inyectables o por vía oral para la diabetes mellitus tipo 2.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Inscripción al programa REMS.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

KOSELUGO

Medicamentos

Koselugo Oral Capsule 10 Mg, 25 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de neurofibromatosis tipo (NF1) que tienen neurofibromas plexiformes sintomáticos inoperables.

Restricción de Edad

2 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

KUVAN

Medicamentos

Sapropterin Dihydrochloride Oral Packet 100 Mg, 500 Mg

Sapropterin Dihydrochloride Oral Tablet 100 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de hiperfenilalaninemia (HPA, según siglas en inglés) por tetrahidrobiopterina (BH₄, según siglas en inglés) sensible a Fenilcetonuria (PKU, según siglas en inglés). 2. Peso corporal 3. Niveles de fenilalanina (Phe).

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LENVIMA

Medicamentos

Lenvima 4 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack
Lenvima 8 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack
Lenvima 10 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack
Lenvima 12MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack
Lenvima 14 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack
Lenvima 18 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack
Lenvima 20 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack
Lenvima 24 MG Daily Dose Oral Capsule Therapy Pack

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1) Diagnóstico de alguna de los siguientes: (A) Para el tratamiento de pacientes con cáncer de tiroides diferenciado (DTC, según siglas en inglés) refractario al yodo radioactivo, progresivo, localmente recurrente o metastásico. (B) En combinación con pembrolizumab, para el tratamiento de primera línea de pacientes adultos con carcinoma de células renales avanzado (RCC, según siglas en inglés). (C) En combinación con everolimus, para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma de células renales (RCC, según siglas en inglés) avanzado después de una terapia antiangiogénica previa. (D) Para el tratamiento de primera línea de pacientes con carcinoma hepatocelular irreseccable (HCC, según siglas en inglés). (E) En combinación con pembrolizumab, para el tratamiento de pacientes con carcinoma de endometrio avanzado (EC, según siglas en inglés) que es capaz de reparar errores de emparejamiento (pMMR, según siglas en inglés), según lo determinado por una prueba aprobada por la FDA, o sin alta inestabilidad de microsatélites (MSI-H, según siglas en inglés), que tienen progresión de la enfermedad después de una terapia sistémica previa en cualquier entorno y no son candidatos para cirugía curativa o radiación. 2) Peso.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LETAIRIS

Medicamentos

Ambrisentan Oral Tablet 5 MG, 10 MG

Criterios de Exclusión

Embarazo. Fibrosis pulmonar idiopática, incluida la fibrosis pulmonar idiopática con hipertensión pulmonar (OMS grupo 3).

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar (PAH, según siglas en inglés) (OMS Grupo 1) para mejorar la capacidad de ejercicio y retrasar el empeoramiento clínico o en combinación con tadalafil para reducir los riesgos de progresión de la enfermedad y hospitalización por empeoramiento de la PAH y mejorar la capacidad de ejercicio.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Cardiólogo, Neumólogo.

Duración de Cubierta

Inicio - 6 meses. Renovación - 12 meses.

Otros Criterios

Participación en programa REMS.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MEDICAMENTOS LHRH

Medicamentos

Eligard Kit Subcutaneous 7.5 MG, 22.5 MG, 30 MG, 45 MG

Leuprolide Acetate KIT Injection 1 MG/0.2ML

Lupron Depot KIT Intramuscular 3.75 MG, 7.5 MG, 11.25 MG, 22.5 MG, 30 MG, 45 MG

Trelstar Mixject Suspension Reconstituted 3.75 MG, 11.25 MG, 22.5 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Ginecólogo, Urólogo, Oncólogo o Endocrinólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de B vs D, excepto por leuprolide 5mg/mL.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LIDOCAINE PATCH

Medicamentos

Lidocaine External Patch 5 %

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Dolor asociado con la neuropatía diabética, dolor asociado con la neuropatía relacionada con el cáncer, incluida la neuropatía relacionada con el tratamiento con radiación o la quimioterapia.

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LINEZOLID

Medicamentos

Linezolid Oral Tablet 600 MG

Linezolid Oral Suspension Reconstituted 100 MG/5ML

Linezolid Solution 600 MG/300ML Intravenous

Criterios de Exclusión

Los pacientes que toman cualquier inhibidor de la monoamina 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 Enterococos faecium resistente a Vancomicina - 14-28 días).

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LORBRENA

Medicamentos

Lorbrena Oral Tab 25mg, 100mg

Criterios de Exclusión

Uso concomitante con inductores fuertes CYP3A.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico positivo de quinasa de linfoma anaplásico (ALK, según siglas en inglés), según lo detecta 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LOTRONEX

Medicamentos

Alosetron HCl Oral Tablet 0.5 MG, 1 MG

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

Puntuación de Child-Pugh.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo

Duración de Cubierta

12 semanas

Otros Criterios

Participación en el Programa REMS. Medicamento solo aprobado para mujeres, no para uso en hombres.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LUMAKRAS

Medicamentos

Lumakras Oral Tablet 120 Mg, 320 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico con mutación de KRAS G12C, según determinado por una prueba aprobada por la FDA y el paciente ha fallado al menos en una terapia sistémica previa.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LUMRYZ

Medicamentos

Lumryz Oral Packet 4.5 Gm, 6 Gm, 7.5 Gm, 9 Gm

Criterios de Exclusión

1. Uso concomitante de hipnóticos sedantes. 2. Paciente con deficiencia de deshidrogenasa de semialdehído succínico.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cataplexia o somnolencia diurna excesiva (EDS) en adultos con narcolepsia. 2. El diagnóstico se confirmó mediante una evaluación del sueño (p.ej. prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía). 3. Para pacientes con somnolencia diurna excesiva, el paciente tuvo uso previo o tiene una contraindicación, intolerancia o alergia al modafinilo, armodafinilo, metilfenidato, dextroanfetamina o sales mixtas de anfetamina.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

Inicio: 6 meses. Renovación: 12 meses

Otros Criterios

Inscripción en el programa de Evaluación de Riesgos y Estrategia des Mitigación. Para la renovación, el paciente tuvo una respuesta positiva al medicamento (aumento de la calidad del sueño) según lo determinó el médico.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LYBALVI

Medicamentos

Lybalvi Oral Tablet 10-10 Mg, 15-10 Mg, 20-10 Mg, 5-10 Mg

Criterios de Exclusión

Pacientes que usan opioides. Pacientes sometidos a abstinencia aguda de opiáceos. No está indicado para el tratamiento de la psicosis relacionada con la demencia debido al aumento del riesgo de muerte que se observa en los ancianos.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de a) esquizofrenia o b) trastorno bipolar para i) tratamiento agudo de episodios maníacos o mixtos como monoterapia y como complemento de litio o valproato O ii) tratamiento de monoterapia de mantenimiento. 2. Uso previo y fallo de un antipsicótico genérico.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LYNPARZA

Medicamentos

Lynparza Oral Tablet 100 MG, 150 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo.

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

LYTGOBI

Medicamentos

Lytgobi (12 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 4 Mg

Lytgobi (16 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 4 Mg

Lytgobi (20 Mg Daily Dose) Oral Tablet Therapy Pack 4 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático previamente tratado, no resecable, localmente avanzado o metastásico que alberga fusiones de genes del receptor 2 de factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2, según siglas en inglés) u otros reordenamientos.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MATULANE

Medicamentos

Matulane Oral Capsule 50 MG

Criterios de Exclusión

Pacientes con reserva de médula inadecuada como lo demuestra la aspiración de médula ósea. Debe prestarse la debida consideración a este posible estado a cada paciente que tenga leucopenia, trombocitopenia o anemia.

Información Médica Requerida

Diagnóstico.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MAVYRET

Medicamentos

Mavyret Oral Tab 100 mg-40 mg

Criterios de Exclusión

Coadministración con atazanavir and rifampin. Pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C) o aquellos con antecedentes de descompensación hepática previa.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico, 2. 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. 3. Estatus de Cirrosis. 4. Hepatitis B – estatus.

Restricción de Edad

3 años o más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista de Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

8 a 16 semanas

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MAYZENT

Medicamentos

Mayzent Starter Pack Oral Tablet Therapy Pack 0.25 Mg

Mayzent Starter Pack Oral Tablet Therapy Pack 12 X 0.25 MG

Mayzent Oral Tablet 0.25 MG, 1 MG, 2 MG

Criterios de Exclusión

1. Pacientes con un genotipo CYP2C9 * 3 / * 3. 2. En los últimos 6 meses, ha sufrido un infarto de miocardio, angina inestable, accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio (TIA, según siglas en inglés) insuficiencia cardíaca descompensada que requirió hospitalización o insuficiencia cardíaca de clase III / IV. 3. Presencia de bloqueo AV de segundo grado, tercer grado de Mobitz tipo II o síndrome del seno enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapasos en funcionamiento.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de formas recurrente de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir síndrome clínicamente aislado, enfermedad remitente-recurrente y enfermedad progresiva secundaria activa.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MEKTOVI, BRAFTOVI

Medicamentos

Braftovi Oral Cap 75mg

Mektovi Oral Tab 15mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de alguno de los siguientes: A) En combinación de encorafenib (Braftovi) con binimetinib (Mektovi), para el tratamiento de pacientes con melanoma irreseccable o metastásico con una mutación BRAF V600E o V600K, detectada por una prueba aprobada por la FDA. B) Encorafenib (Braftovi) en combinación con cetuximab, para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer colorrectal metastásico (CCR, según siglas en inglés) con una mutación BRAF V600E, detectada por una prueba aprobada por la FDA, después de una terapia previa. C) Encorafenib (Braftovi) en combinación con binimetinib (Mektovi), para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer metastásico de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) con una mutación BRAF V600E, 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MEPRON

Medicamentos

Atovaquone Oral Suspension 750 MG/5ML

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

METHOXSALEN

Medicamentos

Methoxsalen Rapid Oral Capsule 10 MG

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

METHYLNALTREXONE

Medicamentos

Relistor Solution 8 MG/0.4ML Subcutaneous

Relistor Solution 12 MG/0.6ML Subcutaneous

Relistor Solution 12 MG/0.6ML Subcutaneous (0.6ML Syringe)

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 o Especialista de Manejo de Dolor.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

MODAFINIL

Medicamentos

Modafinil Oral Tablet 100 MG 200 MG,

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 de anfetaminas, 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 mayor.

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

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

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NATPARA

Medicamentos

Natpara Cartridge Subcutaneous 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 100 MCG

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 solamente. 2. Pacientes con hipoparatiroidismo causado por mutaciones del receptor sensible al calcio. 3. Pacientes con hipoparatiroidismo agudo posterior a cirugía.

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, y continuación cada 6 meses.

Otros Criterios

No se recomienda el uso concomitante con alendronato. El paciente debe estar inscrito en el programa NATPARA REMS.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NAYZILAM

Medicamentos

Nayzilam Nasal Solution 5 Mg/0.1ml

Criterios de Exclusión

Paciente con glaucoma agudo de ángulo estrecho.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de episodios estereotípicos de actividad convulsiva frecuente (es decir, convulsiones de racimo, convulsiones repetitivas agudas) 2. El médico debe certificar que los episodios son distintos del patrón de convulsiones habitual del paciente.

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NERLYNX

Medicamentos

Nerlynx Oral Tablet 40 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Indicación y uso, uno de los siguientes: a) Como agente único, para el tratamiento adyuvante prolongado de pacientes adultos con cáncer de seno HER2 positivo en estadio temprano, para seguir el tratamiento adyuvante basado en trastuzumab. b) En combinación con capecitabina, para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de seno HER2 positivo avanzado o metastásico que hayan recibido dos o más regímenes previos basados en anti-HER2 en el contexto metastásico. 2. El paciente recibe profilaxis antidiarreica.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NEXAVAR

Medicamentos

Sorafenib Tosylate Oral Tablet 200 Mg

Criterios de Exclusión

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

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: A) Carcinoma hepatocelular no resecable, B) Carcinoma de células renales avanzado, C) Carcinoma tiroideo localmente recurrente o metastásico, progresivo, diferenciado refractario al tratamiento con yodo radioactivo.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NINLARO

Medicamentos

Ninlaro Oral Capsule 2.3 MG, 3 MG, 4 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: uso con lenalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que hayan recibido al menos una terapia previa. 2. Terapia previa 3. Protocolo: para usar con lenalidomida y dexametasona. 4. Hemograma completo (CBC, según siglas en inglés) con diferencial, creatinina sérica y bilirrubina total. 5. Estado de embarazo en mujeres con potencial reproductivo.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Antes de iniciar un nuevo ciclo de terapia: el recuento absoluto de neutrófilos debe ser de al menos 1,000 / mm³, el recuento de plaquetas debe ser de al menos 75,000 / mm³.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NITISINONE

Medicamentos

Nityr Tablet 10 Mg Oral

Nityr Tablet 2 Mg Oral

Nityr Tablet 5 Mg Oral

Nitisinone Oral Capsule 2 Mg, 5 Mg, 10 Mg, 20Mg

Orfadin Capsule 20 Mg Oral

Orfadin Suspension 4 Mg/MI Oral

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1.Diagnóstico. 2. Peso corporal.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Nefrólogo, Gastroenterólogo, Hematólogo, Genetista, Endocrinólogo o Especialista en Metabolismo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NORTHERA

Medicamentos

Droxidopa Oral Capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipotensión ortostática neurogénica (NOH, según siglas en inglés), 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

2 semanas

Otros Criterios

La efectividad más allá de 2 semanas de tratamiento no ha sido establecida.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NUBEQA

Medicamentos

Nubeqa Oral Tablet 300 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A) cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico, O B) cáncer de próstata sensible a hormonas metastásico (mHSPC, según sus siglas en inglés) en combinación con docetaxel. 2. Los pacientes también deben recibir un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH, según sus siglas en inglés) al mismo tiempo o deben haberse sometido a una orquiectomía bilateral.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NUCALA

Medicamentos

Nucala Solution Reconstituted 100 MG Subcutaneous
Nucala Subcutaneous Solution Auto-Injector 100 Mg/MI
Nucala Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 100 Mg/MI

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A. Asma severa como tratamiento de mantenimiento complementario y con un fenotipo eosinofílico, el paciente tiene 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 del asma (a menos que sea intolerante o contraindicado), O B. Granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (EGPA, según siglas en inglés) en pacientes con diagnóstico de EGPA durante al menos 6 meses con antecedentes de enfermedad reincidente o refractaria y que estaban en una dosis estable de prednisolona oral o prednisona mayor o igual a 7.5 mg / día, O C. Síndrome hipereosinofílico (HES, según siglas en inglés) durante 6 meses sin una causa secundaria no hematológica identificable., O D. Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP según siglas en inglés) 2. Diferencial de CBC, recuento sanguíneo de eosinófilos de más de 150 células por mL.

Restricción de Edad

Asma: 6 años o más. EGPA y CRSwNP: 18 años o más.

Restricción de Médico

Neumólogo, Reumatólogo, Hematólogo, Alergista, Inmunólogo o Otorrinolaringólogo.

Duración de Cubierta

Inicial – 6 meses. Continuación – 12 meses.

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NUEDEXTA

Medicamentos

Nuedexta Oral Capsule 20-10 MG

Criterios de Exclusión

1. Uso concomitante con quinidina, quinina o mefloquina. 2. Pacientes con historial de quinidina, quinina o trombocitopenia inducida por mefloquina, hepatitis u otras reacciones de hipersensibilidad. 3. Pacientes con hipersensibilidad conocida a dextrometorfano. 4. Uso con un inhibidor de monoamina oxidasa (MAOI, según siglas en inglés) o dentro de los 14 días posteriores a la interrupción de un MAOI. Permita que transcurran 14 días desde la finalización de NUEDEXTA antes de iniciar un MAOI. 5. Intervalo QT prolongado, síndrome de QT congénito, historial sugestivo de torsadas de punto o insuficiencia cardíaca. 6. Bloqueo AV completo, sin marcapaso implantado, o pacientes con alto riesgo de un bloqueo AV completo. 7. Uso concomitante con medicamentos que prolongan el intervalo QT y son metabolizados por CYP2D6 (ejemplo, thioridazine o pimozide).

Información Médica Requerida

Diagnóstico de tratamiento de afecto pseudobulbar (PBA, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NUPLAZID

Medicamentos

Nuplazid Oral Tablet 10 MG

Nuplazid Oral Capsule 34 MG

Criterios de Exclusión

Pacientes de edad avanzada con psicosis relacionada con demencia.

Información Médica Requerida

Diagnóstico: alucinaciones y delirios asociados con la psicosis de la enfermedad de Parkinson.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Psiquiatra, Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NURTEC

Medicamentos

Nurtec Oral Tablet Dispersible 75 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A) Migraña aguda con o sin aura y el paciente ha intentado y fallado al menos un agonista del receptor triptano 5-HT₁ o tiene contraindicación o incapacidad para tolerarlo. B) Prevención de la migraña episódica y el paciente ha probado y fracasado al menos una terapia estándar de prevención (anticonvulsivo, bloqueador beta o antidepresivo).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza o Especialista en Manejo del Dolor.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

NUVIGIL

Medicamentos

Armodafinil Oral Tablet 50 MG, 150 MG, 200 MG, 250 MG

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 de anfetaminas, 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

18 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ODOMZO

Medicamento

Odomzo Oral Capsule 200 MG

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Carcinoma de células basales localmente avanzado (BCC, según siglas en inglés) 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

OFEV

Medicamento

Ofev Oral Capsule 100 MG, 150 MG

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) Fibrosis pulmonar idiopática confirmada por una tomografía computarizada (CT, según sus siglas en inglés) de alta resolución o biopsia, O b) Disminución de la función pulmonar en pacientes con esclerosis sistémica asociada a enfermedad pulmonar intersticial (SSc-ILD, según sus siglas en inglés), O c) Diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes crónicas (ILDs, según sus siglas en inglés) de fenotipo progresivo. 2. Se han realizado pruebas de función hepática antes del inicio del tratamiento. 3. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo antes del inicio.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación de tratamiento, el paciente se ha estabilizado desde el valor base en capacidad vital forzada o mejora, según lo determine el prescribiente, Y el paciente no ha experimentado aumento de AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o superiores a 3 veces el límite superior de la normalidad con signos o síntomas de daño hepático severo.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

OJJAARA

Medicamento

Ojjaara Oral Tablet 100 MG, 150 MG, 200MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de mielofibrosis (MF, según siglas en inglés) de riesgo intermedio o alto, incluida la MF primaria o MF secundaria [post policitemia vera (PV, según siglas en inglés) y post-trombocitemia esencial (ET, según siglas en inglés)], en pacientes con anemia.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

OPSUMIT

Medicamento

Opsumit Oral Tablet 10 MG

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar según definido por la OMS grupo 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo antes del inicio de tratamiento. 3. Enzimas hepáticas basales. 4. Hemograma completo (CBC, según siglas en inglés).

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ORKAMBI

Medicamentos

Orkambi Oral Tablet 100-125 MG, 200-125 MG

Orkambi Oral Packet 75-94 MG, 100-125 MG, 150-188 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de fibrosis quística en homocigotos para la mutación F508del en el gen CFTR. Si se desconoce el genotipo del paciente, se debe usar una prueba de mutación de FQ aprobada por la FDA para detectar la presencia de la mutación F508del en ambos alelos del gen CFTR. Medidas base de las transaminasas séricas y la bilirrubina antes de iniciar. 2. Prueba de función hepática base (AST, ALT y bilirrubina) y nivel de insuficiencia hepática (Child Pugh Class).

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

Inicio 3 meses. Renovación 6 meses.

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ORLADEYO

Medicamentos

Orladeyo Oral Capsule 110 MG, 150 MG

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de angioedema hereditario (HAE, según siglas en inglés) y medicamento como profilaxis de los ataques relacionados con el HAE. 2. Prueba de función hepática (AST, ALT y bilirrubina) y Child Pugh Class, para pacientes con insuficiencia hepática leve a grave.

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Inmunólogo, Alergista o Reumatólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

1. El paciente no pudo obtener el control de los ataques de HAE a pesar de estar en tratamiento con medicamentos de rescate para el avance. 2. Ajuste de dosis para pacientes con insuficiencia hepática de moderada a severa: cápsula de 110 mg por vía oral una vez al día.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ORSERDU

Medicamentos

Orserdu Oral Tablet 86 Mg, 345 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor de estrógeno (ER, según siglas en inglés) positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2, según siglas en inglés) negativo, con mutación en ESR1 y progresión de la enfermedad después de al menos una línea de terapia endocrina en mujeres posmenopáusicas o hombres adultos.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

OTEZLA

Medicamentos

Otezla Oral Tablet 30 Mg

Otezla Oral Tablet Therapy Pack 10 & 20 & 30 MG

Criterios de Exclusión

Ninguna

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: (A) artritis psoriásica activa (PsA), (B) psoriasis en placas que son candidatos para fototerapia o terapia sistémica, O (C) úlceras orales asociadas con la enfermedad de Behcet. 2. Para la psoriasis en placas (SOLO nuevos comienzos), el paciente cumple con cualquiera de los siguientes: (A) respuesta inadecuada o intolerancia a UNO de los siguientes: (1) una terapia tópica (ejemplo, corticosteroide tópico, inhibidor de calcineurina, análogo de vitamina D), (2) Fototerapia (ejemplo, UVB, PUVA), O (3) Tratamiento farmacológico con metotrexato, ciclosporina o acitretina O (4) El tratamiento farmacológico con metotrexato o acitretina está contraindicado. 3. Creatinina sérica o aclaramiento de creatinina.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Reumatólogo, Dermatólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

OTROS MEDICAMENTOS RESPIRATORIOS

Medicamentos

Prolastin-C Solution Reconstituted 1000 MG Intravenous

Zemaira Solution Reconstituted 1000 MG Intravenous

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PANRETIN

Medicamentos

Panretin External Gel 0.1 %

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico del sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo o Infectólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PEGASYS

Medicamentos

Pegasys Solution 180 MCG/0.5ML Subcutaneous

Pegasys Solution 180 MCG/ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Hepatitis autoinmune. Descompensación hepática (puntuación de Child-Pugh superior a 6 [clase B y C]) en pacientes cirróticos antes del tratamiento. Descompensación hepática con puntuación de Child-Pugh mayor o igual a 6 en pacientes cirróticos con CHC coinfectados con VIH antes del tratamiento. Reacciones de hipersensibilidad como urticaria, angioedema, broncoconstricción, anafilaxia o síndrome de Stevens-Johnson a los interferones alfa o cualquiera de sus componentes.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de: 1. Hepatitis B Crónica O 2. Hepatitis C Crónica.

Restricción de Edad

HCV: 18 años o más si usan terapia triple (Pegasys + antiviral + RBV), otros regímenes: 5 años o más. HBV: 3 años o más.

Restricción de Médico

Médico especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo, hepatólogo, o un médico de trasplante.

Duración de Cubierta

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

Otros Criterios

Para la renovación del HCV, la aprobación se basa en los requisitos delineados en el etiquetado aprobado por la FDA y consistentes con la guía actual de AASLD-IDSA, incluida la carga viral, la presencia de cirrosis y la respuesta a un tratamiento previo.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PEMAZYRE

Medicamentos

Pemazyre Oral Tablet 13.5 Mg, 4.5 Mg, 9 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: A) colangiocarcinoma no resecable localmente avanzado o metastásico previamente tratado, con una fusión del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2, según sus siglas en inglés) u otro reordenamiento detectado por una prueba aprobada por la FDA, O B) neoplasma mieloides/linfoides en relapso o refractarias con reordenamiento de FGFR1, según sus siglas en inglés.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PHEBURANE

Medicamentos

Pheburane Oral Pellet 483 Mg/Gm

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de trastornos del ciclo de la urea (UCDs, según sus siglas en inglés) que implican deficiencias de carbamilo fosfato sintetasa (CPS, según sus siglas en inglés), ornitina transcarbamilasa (OTC, según sus siglas en inglés) o ácido arginosuccínico sintetasa (AS, según sus siglas en inglés).

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

El medicamento es recetado por o en consulta con un genetista o hepatólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

INHIBIDORES DE FOSFODIESTERASA-5 PARA PAH

Medicamentos

Sildenafil Citrate Oral Suspension Reconstituted 10 Mg/MI

Sildenafil Citrate Oral Tablet 20 Mg

Criterios de Exclusión

1. Uso para disfunción eréctil. 2. Pacientes que utilizan nitratos. 3. Pacientes que toman estimuladores de guanilato ciclasa (GC).

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Hipertensión arterial pulmonar (PAH, según sus siglas en inglés) (Organización Mundial de la Salud [OMS] Grupo I) confirmada por cateterismo derecho del corazón para mejorar la capacidad de ejercicio y retrasar el empeoramiento clínico, en pacientes adultos. B) Hipertensión arterial pulmonar (PAH, según sus siglas en inglés) (Grupo I de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio, en pacientes pediátricos demasiado jóvenes para realizar pruebas de ejercicio estándar, hemodinámica pulmonar que se piensa subyace a mejoras en los ejercicios, en pacientes pediátricos.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Neumólogo, Cardiólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PIQRAY

Medicamentos

Piqray 300 Mg Daily Dose Oral Tablet Therapy Pack

Piqray 200 Mg Daily Dose Oral Tablet Therapy Pack

Piqray 250 Mg Daily Dose Oral Tablet Therapy Pack

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor hormonal (HR, según siglas en inglés) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés) - negativo, mutado con PIK3CA, en mujeres posmenopáusicas para usarse en combinación con fulvestrant, y hombres. La enfermedad ha progresado después régimen endocrino. 2. PIK3CA-mutado según lo detectado 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PRETOMANID

Medicamentos

Pretomanid Oral Tablet 200 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de tuberculosis (TB, según siglas en inglés) pulmonar extremadamente resistente a fármacos (XDR, según siglas en inglés) o intolerante al tratamiento o que no responde a múltiples fármacos (MDR, según siglas en inglés), 2. Para usar en combinación con bedaquilina y linezolid, 3. Prueba de referencia base: ECG, función hepática, CBC.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Médico especialista en enfermedades infecciosas, Especialista en tuberculosis (TB) o Neumólogo.

Duración de Cubierta

26 semanas

Otros Criterios

Pretomanid no se recomienda para el tratamiento de la TB sensible a los medicamentos, la infección latente debida a la Mycobacterium TB, el tratamiento de la TB extrapulmonar (ejemplo, SNC) o el tratamiento de las infecciones por micobacterias no tuberculosas.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PREVYMIS

Medicamentos

Prevymis Oral Tablet 240 MG, 480 MG

Criterios de Exclusión

Paciente recibe uso concomitante con: Orap (pimozida) O alcaloides ergóticos, pacientes que reciben uso concomitante con Livalo (pitavastatin) O Zocor (simvastatin) cuando se coadministran con ciclosporina.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Infección y enfermedad por citomegalovirus (CMV, según siglas en inglés) en adultos receptores seropositivos para CMV [R+] de un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (HSCT, según siglas en inglés), y se utilizará el fármaco para la profilaxis. B) Enfermedad por CMV en receptores adultos de trasplante renal de alto riesgo (donante seropositivo para CMV/receptor seronegativo para CMV [D+/R-]), y se utilizará el fármaco para la profilaxis.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, o Especialista en Trasplantes.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PROLIA

Medicamentos

Prolia Solution Prefilled Syringe 60 MG/ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Embarazo, hipocalcemia.

Información Médica Requerida

Paciente está en alto riesgo de fractura definido como uno de los siguientes: Historial personal de fracturas de bajo trauma como adulto, antecedentes de fractura osteoporótica en un familiar de primer grado, uso simultáneo de corticosteroides sistémicos (dosis media de más de 5 mg de prednisona por día), tabaquismo concurrente, bajo peso corporal inferior a 127 libras, baja densidad mineral ósea (T-score de -2.5 o menor) Y diagnóstico de uno de los siguientes: El paciente es una mujer y está recibiendo terapia adyuvante de inhibidores de la aromataasa para cáncer de mama. 2. El paciente es una mujer o varón con osteoporosis inducida por glucocorticoides en alto riesgo de fracturas 3. El paciente es un varón y está recibiendo terapia de privación de andrógenos para cáncer de próstata no metastásico. 4. El paciente es un varón o mujer posmenopáusica con un diagnóstico de osteoporosis Y el paciente tiene historial y fallo documentado de uso con un bifosfonato O contraindicación o intolerancia a la terapia con bifosfonatos o no puede cumplir con las recomendaciones de administración apropiadas para la terapia con bifosfonatos oral o inyectable Y El paciente tiene una hipocalcemia preexistente y una deficiencia de Vitamina D corregida antes de la administración del medicamento.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Endocrinólogo, Reumatólogo, Ginecólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PROMACTA

Medicamentos

Promacta Oral Packet 12.5 MG, 25 MG

Promacta Oral Tablet 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de a) Trombocitopenia inmunitaria crónica (ITP, según siglas en inglés), que han tenido una respuesta insuficiente a los corticosteroides, inmunoglobulinas o esplenectomía, O b) Trombocitopenia en pacientes con hepatitis C crónica para permitir el inicio y mantenimiento de la terapia basada en interferón, O c) Anemia aplásica severa, como tratamiento de primera línea, en combinación con terapia inmunosupresora estándar, O d) Anemia aplásica severa, que han tenido una respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora.
2. ALT, AST y bilirrubina antes de la iniciación y con cada evaluación.

Restricción de Edad

Para trombocitopenia o trombocitopenia inmune crónica (ITP): 1 año o más. Para anemia aplásica severa: 2 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 HCV, 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 HCV, aprobar para permitir el inicio de la terapia antiviral.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

PYRUKYND

Medicamentos

Pyrukynd oral tablet 20 MG, 5 MG, 50 MG

Pyrukynd Taper Pack Oral Tablet Therapy Pack 5 MG

Pyrukynd Taper Pack Oral Tablet Therapy Pack 7 X 20 MG & 7 X 5 MG, 7 X 50 MG & 7 X 20 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de anemia hemolítica en adultos con deficiencia de piruvato quinasa (PK, según siglas en inglés). 2. El paciente debe tener una hemoglobina menor o igual a 10 g/dL o recibir transfusiones de sangre regulares (al menos 6 en el último año). 3. Prueba de laboratorio que confirme la deficiencia de piruvato quinasa (PK).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

QINLOCK

Medicamentos

Qinlock Oral Tablet 50 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal avanzado (GIST, según siglas en inglés) que ha recibido tratamiento previo con 3 o más inhibidores de la quinasa, incluido el imatinib.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

RADICAVA

Medicamentos

Radicava ORS Starter Kit Oral Suspension 105 MG/5 ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ALS, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

RAVICTI

Medicamentos

Ravicti Oral Liquid 1.1 GM/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para su uso como agente aglutinante de nitrógeno para el tratamiento crónico de pacientes con trastornos del ciclo de la urea (UCD, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

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

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

No indicado para el tratamiento de la hiperamonemia aguda en pacientes con UCD y para el tratamiento de la N-acetilglutamato sintasa.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

RECTIV

Medicamentos

Rectiv Rectal Ointment 0.4 %

Criterios de Exclusión

Uso de inhibidores de la PDE5 (por ejemplo, sildenafil, vardenafil y tadalafil). Anemia severa. Aumento de la presión intracraneal.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de fisura anal crónica para tratar el dolor moderado a severo asociado con la condición.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Proctólogo.

Duración de Cubierta

1 mes

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

REGRANEX

Medicamentos

Regranex External Gel 0.01 %

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. Neoplasia en el lugar de aplicación.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de úlceras neuropáticas diabéticas de extremidades inferiores que se extienden hacia el tejido subcutáneo o más allá y tienen un riego sanguíneo adecuado, como tratamiento coadyuvante.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

RETEVMO

Medicamentos

Retevmo Oral Capsule 40 Mg, 80 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de alguna de los siguientes: A) Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) localmente avanzado o metastásico con una fusión del gen reorganizado durante la transfección (RET, según siglas en inglés), detectado mediante una prueba aprobada por la FDA, B) Cáncer de tiroides medular avanzado o metastásico (MTC, según siglas en inglés) con una mutación RET, detectada mediante una prueba aprobada por la FDA, que requiere terapia sistémica, C) Cáncer de tiroides avanzado o metastásico con una fusión del gen RET, detectada mediante una prueba aprobada por la FDA, que requiere terapia sistémica y que son refractarios al yodo radiactivo (si el yodo radiactivo es apropiado), D) Tumores sólidos localmente avanzados o metastásicos con una fusión del gen RET que han progresado durante o después de un tratamiento sistémico previo o que no tienen opciones alternas de tratamiento satisfactorias. 2. Peso 3. Prueba de embarazo para mujeres en edad reproductiva. 4. Prueba de función hepática (AST, ALT, bilirrubina).

Restricción de Edad

Para cáncer de pulmón de células no pequeñas localmente avanzado o metastásico con fusión del gen RET y tumor sólido localmente avanzado o metastásico con fusión del gen RET: 18 años o más. Para cáncer de tiroides medular avanzado o metastásico con mutación RET y cáncer de tiroides avanzado o metastásico con fusión del gen RET: 12 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

REVLIMID

Medicamentos

Lenalidomide Oral Capsule 2.5 Mg, 5 Mg, 10 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 25 Mg

Revlimid Oral Capsule 2.5 Mg, 5 Mg, 10 Mg, 15 Mg, 20 Mg, 25 Mg

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 dexamethasone. 2. MM, como mantenimiento después del trasplante de células madre hematopoyéticas autólogas (auto-HSCT). 3. Anemia dependiente de la transfusión debido a síndromes mielodisplásicos (MDS, según siglas en inglés) de riesgo bajo o intermedio-1asociados con una anomalía de delección 5q con o sin anormalidades citogenéticas adicionales. 4. Linfoma de células del manto (MCL, según siglas en inglés) cuya enfermedad ha recaído o progresado después de dos terapias anteriores, una de las cuales incluía bortezomib. 5. Linfoma folicular (FL, según siglas en inglés) previamente tratado, en combinación con un producto de rituximab. 6. Linfoma de zona marginal (MZL, según siglas en inglés) previamente tratado, en combinación con un producto de rituximab.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, especialista en Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones médicamente aceptadas

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

REZLIDHIA

Medicamentos

Rezlidhia Oral Capsule 150 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés) en recaída o refractaria con mutación IDH1 susceptible 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

REZUROCK

Medicamentos

Rezurock Oral Tablet 200 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de la enfermedad crónica de injerto contra huésped (GVHD, según siglas en inglés) y el paciente ha fallado al menos a dos líneas previas de terapia sistémica. 2. Prueba de función hepática (ALT, AST y bilirrubina).

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Especialista en trasplantes.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

RILUTEK

Medicamentos

Riluzole Oral Tab 50 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ALS, según siglas en inglés). 2. Prueba de función hepática (AST, ALT).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

RINVOQ

Medicamentos

Rinvoq Oral Tablet Extended Release 24 Hour 15 MG, 30 MG, 45 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: 1) Artritis reumatoide (RA, según siglas en inglés) activa de moderada a severa en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 2) Artritis psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés) en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 3) Dermatitis atópica refractaria (AD, según siglas en inglés) moderada a severa, en pacientes cuya enfermedad no se controla adecuadamente con al menos un corticosteroide tópico o un inhibidor de la calcineurina, biológicos, o cuando estas terapias no son recomendables, 4) Colitis ulcerosa (UC, según siglas en inglés) activa de moderada a severa en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 5) Enfermedad de Crohn (CD, según siglas en inglés) activa de moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 6) Espondilitis anquilosante activa que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF, 7) Espondiloartritis axial no radiográfica activa (nr- axSpA, según siglas en inglés) con signos objetivos de inflamación que ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia con bloqueadores del TNF .

Restricción de Edad

Para AD: 12 años o más. Para AR, PsA, UC, Espondilitis anquilosante y nr-axSpA: 18 años o más.

Restricción de Médico

Reumatólogo, Dermatólogo, Inmunólogo, Alergista o Gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para Dermatitis Atópica, adultos mayores de 65 años: la dosis recomendada es 15 mg una vez al día.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ROZLYTREK

Medicamentos

Rozlytrek Oral Capsule 100 Mg, 200 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de alguno de los siguientes: A) Cáncer de pulmón metastásico de células no pequeñas (NSCLC) Y tumores son positivos para ROS1, detectado por una prueba aprobada por FDA. B) Tumores sólidos que: i) tienen una fusión del gen neurotrófico del receptor de la tirosina quinasa (NTRK), detectado por una prueba aprobada por FDA sin una mutación de resistencia adquirida conocida, Y ii) son metastásicos o donde la resección quirúrgica puede provocar morbilidad severa, Y iii) han progresado después del tratamiento o no tienen una terapia alternativa satisfactoria.

Restricción de Edad

Para NSCLC: 18 años o más. Para tumores sólidos: 1 mes de edad o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

RUBRACA

Medicamentos

Rubraca Oral Tablet 200 MG, 250 MG, 300 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Para el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con una mutación BRCA deletéreo (de línea germinal y/o somática) asociada con cáncer epitelial recurrente de ovario, de trompas de Falopio o peritoneal primario que se encuentran en una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino. B) Cáncer de próstata, para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC, según siglas en inglés) asociado a una mutación BRCA deletéreo (germinal y/o somática) que han sido tratados con terapia dirigida al receptor de andrógenos y quimioterapia basada en taxanos. 2. Mujeres con potencial reproductivo: Uso de métodos 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

RYDAPT

Medicamentos

Rydapt Oral Cap. 25 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada (AML, según siglas en inglés) 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, según siglas en inglés), con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN, según siglas en inglés) o leucemia de mastocitos (MCL, según siglas en inglés).

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 AML.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SABRIL

Medicamentos

Vigabatrin Oral Packet 500 MG

Vigabatrin Oral Tablet 500 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Convulsiones parciales complejas refractarias (CPS, según siglas en inglés), para uso como terapia complementaria y el paciente respondió de manera inadecuada, tiene contraindicación o intolerancia a dos anticonvulsivos del formulario (ejemplo, lamotrigina, ácido valproico, fenitoína), O 2) Espasmos Infantiles (IS, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

CPS: 2 años y más. IS: 1 mes a 2 años.

Restricción de Médico

Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Participación en el programa REMS de Vigabatrin.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SAVELLA

Medicamentos

Savella Oral Titration Pack 12.5 & 25 & 50 MG

Savella Oral Tablet 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 100 MG

Criterios de Exclusión

El uso concomitante con inhibidor de monoaminaoxidasa (MAOI, según siglas en inglés). Uso concomitante con antidepresivos.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de fibromialgia.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SCEMBLIX

Medicamentos

Scemblix Oral Tablet 20 MG, 40MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes, a) Leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo (LMC Ph+) en fase crónica (CP, según siglas en inglés), tratada previamente con dos o más inhibidores de la tirosina quinasa (TKI, según siglas en inglés). O b) LMC Ph+ en CP con la mutación T315I.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SIGNIFOR

Medicamentos

Signifor Subcutaneous Solution 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de Enfermedad de Cushing (pituitaria) y la cirugía pituitaria no es una opción o no ha sido curativo. 2. El nivel base de orina de 24 horas de cortisol libre es igual o superior a 1.5 veces el límite superior de la normalidad. 3. Al menos tener falla a un agente previo utilizado en el tratamiento de enfermedad de Cushing (ketoconazol, mitotano, o metirapona) o contraindicación a todos los agentes.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Endocrinólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación de terapia: El nivel de cortisol libre en orina de 24 horas, nivel de cortisol libre y paciente tolera el tratamiento.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SIRTURO

Medicamentos

Sirturo Oral Tablet 20 Mg, 100 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

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

Restricción de Edad

5 años o más

Restricción de Médico

Especialista en enfermedades infecciosas o especialista TB.

Duración de Cubierta

24 semanas

Otros Criterios

No se recomienda, fumarato de bedaquilina 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SIVEXTRO

Medicamentos

Sivextro Intravenous Solution Reconstituted 200 MG

Sivextro Oral Tablet 200 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Cultivo

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Médico especialista en enfermedades infecciosas, Dermatólogo, Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

6 días

Otros Criterios

Para Sivextro IV, el paciente debe tener dificultades para tragar Sivextro oral, si vancomicina se inició en el hospital, se recomienda continuar con vancomicina al alta de hospital. Sujeto a revisión B vs D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SKYCLARYS

Medicamentos

Skyclarys Oral Capsule 50 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de la ataxia de Friedreich. 2. Prueba de laboratorio de referencia: A) enzimas hepáticas (p. ej., AST, ALT y bilirrubina), B) péptido natriurético tipo B (BNP) y C) panel de lípidos. 3. Puntuación de Child-Pugh.

Restricción de Edad

16 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo o especialista en ataxias o trastornos neuromusculares.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SKYRIZI

Medicamentos

Skyrizi (150 Mg Dose) Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 75 Mg/0.83ml

Skyrizi Pen Subcutaneous Solution Auto-Injector 150 Mg/MI

Skyrizi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 150 Mg/MI

Skyrizi Solution Cartridge Subcutaneous 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: a) psoriasis en placas de moderada a severa, b) artritis psoriásica activa O c) enfermedad de Crohn activa de moderada a severa en adulto. 2.PPD negativo.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Dermatólogo, Reumatólogo, Gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SOMAVERT

Medicamentos

Somavert Subcutaneous Solution Reconstituted 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de Acromegalia.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Endocrinólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Pacientes que han tenido una respuesta inadecuada a la cirugía o la radioterapia, o para quienes estas terapias no son apropiadas. El objetivo del tratamiento es normalizar los niveles séricos de IGF-I.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SPRYCEL

Medicamentos

Sprycel Oral Tablet 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, 100 MG, 140 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico para el que se utiliza Sprycel. Para las indicaciones de leucemia mieloide crónica (LMC) y leucemia linfoblástica aguda (LLA), se debe informar el estado del cromosoma Filadelfia (Ph) de la leucemia. Los pacientes nuevos con leucemia mieloide crónica (LMC) y leucemia linfoblástica aguda (LLA) que son Ph positivos pueden recibir autorización para Sprycel.

Restricción de Edad

1 año o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses.

Otros Criterios

Para LMC: paciente nuevo debe tener LMC Ph positivo para la aprobación de Sprycel.

Para LLA: paciente nuevo debe tener resultado de Ph positivo para la aprobación de Sprycel.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

STELARA

Medicamentos

Stelara Solution 45 mg/0.5ml Subcutaneous

Stelara Solution Prefilled Syringe 45 mg/0.5ml Subcutaneous

Stelara Solution Prefilled Syringe 90 mg/ml Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Adultos, a) Psoriasis en placas (Ps, según siglas en inglés) de moderada a grave que son candidatos para fototerapia o terapia sistémica, b) Artritis psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés), c) Enfermedad de Crohn (CD, según siglas en inglés) de moderada a gravemente activa, d) Colitis ulcerosa de moderada a gravemente activa (UC, según siglas en inglés), O 2) pacientes pediátricos, de 6 años o más: a) Psoriasis en placas de moderada a grave, que son candidatos para fototerapia o terapia sistémica, b) Artritis psoriásica activa (PsA, según siglas en inglés). Para todas las indicaciones, el paciente ha sido examinado para la infección de TB latente y la TB latente ha sido descartada o está en tratamiento.

Restricción de Edad

Para UC y CD: 18 años o más. Para PsA y Ps: 6 años o más.

Restricción de Médico

Ps: dermatólogo. PsA: dermatólogo o reumatólogo. CD y UC: gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para (nuevos comienzos solamente): 1. Psoriasis en placas (Ps): adultos, a) Prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a DOS de los siguientes: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast) o Skyrizi (risankisumab). Pacientes pediátricos, prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a Enbrel (etanercept). b) Al menos el 5% del área de superficie corporal (BSA) está afectada O áreas corporales cruciales (p. ej., pies, manos, cara, cuello, ingle, áreas intertriginosas) están afectadas en el momento del diagnóstico. 2. En adultos con artritis psoriásica (APs) activa: prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a DOS de los siguientes: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankizumab) o Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). 3. Enfermedad de Crohn (EC): prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a Humira (adalimumab). 4. Colitis ulcerosa (CU) activa de moderada a grave: prueba y fracaso, contraindicación o intolerancia a UNO de los siguientes: Humira (adalimumab) y Xeljanz (tofacitinib)/Xeljanz XR (tofacitinib de liberación prolongada). Sujeto a revisión B vs D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SUTENT

Medicamentos

Sutent Oral Capsule 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SYMLIN

Medicamentos

Symlin Pen 60 Solution Pen-Injector 1500 MCG/1.5ML Subcutaneous

Symlin Pen 120 Solution Pen-Injector 2700 MCG/2.7ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Gastroparesia confirmada, desconocimiento de la hipoglucemia.

Información Médica Requerida

1) Para pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2 que usan insulina a la hora de las comidas y no han logrado el control glucémico deseado a pesar de la terapia con insulina óptima. 2) A1C.

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 está tomando insulina a la hora de las comidas, tiene una HbA1c menor o igual a 9%, no ha logrado un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre a pesar del manejo individualizado de su terapia con insulina.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

SYNAREL

Medicamentos

Synarel Nasal Solution 2 MG/ML

Criterios de Exclusión

Embarazo, lactancia, sangrado vaginal anormal.

Información Médica Requerida

Diagnóstico.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ginecólogo, Endocrinólogo.

Duración de Cubierta

6 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TABRECTA

Medicamentos

Tabrecta Oral Tablet 150 Mg, 200 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) metastásico cuyos tumores tienen una mutación que conduce a la omisión del exón 14 en la transición mesenquimatoso-epitelial (MET) según lo detecta 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TAGRISSE

Medicamentos

Tagrisso Oral Tab 40 mg, 80 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para ser utilizado en una de las siguientes indicaciones: 1) como terapia adyuvante después de la resección del tumor en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) cuyos tumores tienen deleciones en el exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones en el exón 21 L858R, como detectado mediante una prueba aprobada por la FDA, O 2) tratamiento de primera línea de pacientes con NSCLC metastásico cuyos tumores tienen deleciones en el exón 19 del EGFR o mutaciones en el exón 21 L858R, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA, O 3) tratamiento de pacientes con cáncer metastásico NSCLC EGFR T790M con mutación positiva, detectado mediante una prueba aprobada por la FDA, cuya enfermedad ha progresado durante o después de la terapia con 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TAKHZYRO

Medicamentos

Takhzyro Solution 300 MG/2ML Subcutaneous

Takhzyro Solution Prefilled Syringe 300 MG/2ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de angioedema hereditaria Y el tratamiento profiláctico será utilizado para prevenir ataques de angioedema hereditaria (HAE, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

2 años o más.

Restricción de Médico

Inmunólogo, Alergista o Reumatólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

El paciente no pudo obtener el control de los ataques de HAE a pesar de estar en tratamiento con medicamentos abortivos.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TALTZ

Medicamentos

Taltz Solution Auto-injector 80 MG/ML Subcutaneous

Taltz Solution Prefilled Syringe 80 MG/ML Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Psoriasis en placas de moderada a severa (Ps, según siglas en inglés) y el paciente es candidato para terapia sistémica o fototerapia. 2. Artritis psoriásica activa (PA, según siglas en inglés). 3. Espondilitis anquilosante activa (AS, según siglas en inglés). 4. Espondilo artritis axial activa no radiográfica con signos objetivos de inflamación.

Restricción de Edad

(Ps): 6 años o más. Otros: 18 años o más.

Restricción de Médico

Dermatólogo o Reumatólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

1. Para la psoriasis en placas de moderada a severa, el paciente probó y falló UNO de los siguientes: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast) o Skyrizi (risankisumab). 2. Para la espondilitis anquilosante, el paciente probó y falló UNO de los siguientes: Enbrel (etanercept) o Humira (adalimumab). 3. Para la artritis psoriásica, el paciente probó y falló UNO de los siguientes: Enbrel (etanercept), Humira (adalimumab), Otezla (apremilast), Rinvoq (upadacitinib), Skyrizi (risankisumab), Xeljanz (tofacitinib) o Xeljanz XR (tofacitinib en formulación de liberación prolongada).

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TALZENNA

Medicamentos

Talzenna Oral Capsule 0.1 Mg, 0.25 Mg, 0.35 Mg, 0.5 Mg, 0.75 Mg, 1 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de mama localmente avanzado o metastásico con mutación en BRCA germinal (gBRCAm, según siglas en inglés) HER2-negativo localmente avanzado perjudicial o sospechado, o metastásico cancer de mama, como agente único. B) Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración mutado en el gen HRR (mCRPC, según siglas en inglés), en combinación con enzalutamida. 2. Para gBRCAm: los pacientes fueron seleccionados para la terapia según un diagnóstico complementario aprobado por la FDA para TALZENNA.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TARCEVA

Medicamentos

Erlotinib Oral Tab 25 mg, 100 mg, 150 mg

Criterios de Exclusión

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

Información Médica Requerida

Tratamiento: 1. Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC, según siglas en inglés) cuyos tumores tienen deleciones del exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, según siglas en inglés) 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TARGRETIN

Medicamentos

Bexarotene External Gel 1 %

Bexarotene Oral Capsule 75 MG

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (CTCL, según siglas en inglés) 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TASIGNA

Medicamentos

Tasigna Oral Capsule 50 MG, 150 MG, 200 MG

Criterios de Exclusión

Hipocalemia, 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 de edad con diagnóstico nuevo de leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ CML, según siglas en inglés) en fase crónica, O 2. Pacientes adultos con fase crónica (CP, según siglas en inglés) y fase acelerada (AP, según siglas en inglés) Ph+ es resistente o intolerante a la terapia previa que incluía imatinib, O 3. Pacientes pediátricos mayores o iguales a 1 año de edad con Ph+ CML-CP y CML-AP resistentes o intolerantes a la terapia previa tratamiento con inhibidores de la tirosina quinasa (TKI, según siglas en inglés).

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TAVNEOS

Medicamentos

Tavneos Oral Capsule 10 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de vasculitis grave asociada a autoanticuerpos citoplasmico de antineutrófilos (ANCA, según siglas en inglés) activa (granulomatosis con poliangeítis [GPA, según siglas en inglés] y poliangeítis microscópica [MPA, según siglas en inglés]), como tratamiento adyuvante en combinación con la terapia estándar que incluye glucocorticoides. 2. Antes de iniciar: a) panel de pruebas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina y bilirrubina total) y b) Examinar a los pacientes para infección por el virus de la hepatitis B mediante la medición de HBsAg y anti-HBc.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Inmunólogo, Reumatólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TAZORAC

Medicamentos

Tazarotene External Cream 0.1 %
Tazorac External Cream 0.05 %
Tazarotene External Gel 0.05 %, 0.1 %

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: (A) Acné vulgar y el paciente ha realizado una prueba adecuada (al menos dos semanas) con al menos otro producto tópico para el acné (ej., peróxido de benzoilo, ácido salicílico, clindamicina, eritromicina, adapaleno, ácido azelaico y/o tretinoína), O (B) Diagnóstico de psoriasis en placas estable de moderada a grave y el paciente tiene una contraindicación o probó una prueba adecuada (al menos 2 semanas) con al menos otro producto tópico para la psoriasis (ej. corticosteroides de mediana a alta potencia y/o análogos de vitamina D). Para la formulación en gel: la psoriasis en placas de moderada a grave afecta al 20 % o menos del área de la superficie corporal. 2. BSA. 3. Las mujeres en edad fértil están utilizando medidas anticonceptivas adecuadas durante la terapia.

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguna

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TAZVERIK

Medicamentos

Tazverik Oral Tablet 200 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: a) sarcoma epitelioides metastásico o localmente avanzado no elegible para resección completa, O b) linfoma folicular en recaída o refractario cuyos tumores son positivos para una mutación EZH2 detectada por una prueba aprobada por la FDA y que han recibido al menos 2 terapias sistémicas previas. O c) linfoma folicular en recaída o refractario que no tiene opciones de tratamiento alternativas satisfactorias.

Restricción de Edad

Para sarcoma epitelioides metastásico o localmente avanzado: 16 años o más. Otros: 18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TECFIDERA

Medicamentos

Tecfidera Oral Capsule Starter Pack 120 & 240 MG

Tecfidera Oral Capsule Delayed Release 120 MG, 240 MG

Dimethyl Fumarate starter pack oral 120 & 240 mg

Dimethyl Fumarate Oral Capsule Delayed Release 120 MG, 240 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de formas reincidente de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), para incluir síndrome clínicamente aislado, reincidente-remitente y enfermedad secundaria progresiva activa. 2. Recuento completo de células sanguíneas (CBC).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TEPMETKO

Medicamentos

Tepmetko Oral Tablet 225 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico que alberga alteraciones de omisión del exón 14 de transición mesenquimal epitelial (MET).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TERIPARATIDE

Medicamentos

Teriparatide (Recombinant) Subcutaneous Solution Pen-Injector 620 MCG/2.48 ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico, el paciente probó y fracasó dos bisfosfonatos orales, puntuación T y aclaramiento de creatinina

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Endocrinólogos, Reumatólogos, Ortopeda, Ginecólogos.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Teriparatide se aprobará para las indicaciones de osteoporosis cubiertas si el paciente cumple con uno de los siguientes criterios: (a) ha probado y fallado dos bisfosfonatos orales (ejemplo, alendronato, ibandronato), con evidencia de uso previo en reclamos de farmacia o evidencia de registro médico o procesamiento de reclamos de farmacia a través de otro beneficio. (b) si el paciente tiene insuficiencia renal severa (ejemplo, aclaramiento de creatinina inferior a 30 mL/min) o enfermedad renal crónica. O (c) si el paciente tiene fracturas vertebrales múltiples en el contexto de puntuaciones T vertebrales inferiores a -2.5.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

THALOMID

Medicamentos

Thalomid Oral Capsule 50 MG, 100 MG, 150 MG, 200 MG

Criterios de Exclusión

Embarazo.

Información Médica Requerida

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes: 1) Indicado para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple (MM) de nuevo diagnóstico en combinación con dexametasona 2) Para el tratamiento agudo de las manifestaciones cutáneas de eritema nudoso leproso (ENL) de moderado a severo, O 3) Terapia de mantenimiento para la prevención y supresión de las manifestaciones cutáneas de la recurrencia del ENL.

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

1) Prueba de embarazo realizada dentro de los 10-14 días y la segunda prueba dentro de las 24 horas previas a la prescripción de THALOMID. 2) Sólo disponible a través de un programa de distribución restringido, THALOMID REMS.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TIBSOVO

Medicamentos

Tibsovo Oral Tab 250mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de alguno de los siguientes con una mutación IDH1 susceptible detectada por una prueba aprobada por la FDA: A) Leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés) recién diagnosticada, en combinación con azacitidina o como monoterapia para el tratamiento de AML recién diagnosticada en adultos de 75 años o más, o que tienen comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva. B) AML en recaída o refractario, para el tratamiento de pacientes adultos con AML en recaída o refractario. C) Síndrome mielodisplásico en recaída o refractario, para el tratamiento de pacientes adultos con síndromes mielodisplásicos. D) Colangiocarcinoma localmente avanzado o metastásico, para el tratamiento de pacientes adultos con colangiocarcinoma localmente avanzado o metastásico que hayan sido tratados previamente.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

INMUNOMODULADORES TOPICOS

Medicamentos

Tacrolimus External Ointment 0.03 %

Tacrolimus External Ointment 0.1 %

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

3 meses. Si el paciente requiere despachos adicionales, se volverá a reevaluar 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 expediente médico o reclamaciones de farmacia procesadas a través de otro beneficio para cumplir con la utilización previa.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TESTOSTERONAS TOPICAS

Medicamentos

Testosterone Transdermal Gel 12.5 MG/ACT (1%), 25 MG/2.5GM (1%), 50 MG/5GM (1%), 20.25 MG/ACT (1.62%)

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TRETINOIN

Medicamentos

Adapalene External Cream 0.1 %
Adapalene External Gel 0.1 %, 0.3%
Adapalene External Solution 0.1 %
Avita External Gel 0.025 %
Tretinoin External Cream 0.025 %, 0.05%, 0.1%
Tretinoin External Gel 0.01 %, 0.025%

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 (ejemplo, 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. 10. Alopecia androgénica. 11. Alopecia areata. 12. Queratosis seborreica. 13. Papilomatosis 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. Cáncer de la piel (Melanoma).

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TRUSELTIQ

Medicamentos

Truseltiq (100mg Daily Dose) Oral Capsule Therapy Pack 100 Mg
Truseltiq (125mg Daily Dose) Oral Capsule Therapy Pack 100 & 25 Mg
Truseltiq (50mg Daily Dose) Oral Capsule Therapy Pack 25 Mg
Truseltiq (75mg Daily Dose) Oral Capsule Therapy Pack 25 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de colangiocarcinoma metastásico o localmente avanzado no resecable previamente tratado con una fusión del receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR2) u otro reordenamiento detectado 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TUKYSA

Medicamentos

Tukysa Oral Tablet 50 Mg, 150 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Cáncer de mama HER2 positivo no resecable o metastásico avanzado, incluidos pacientes con metástasis cerebrales: en combinación con trastuzumab y capecitabina para el tratamiento de pacientes adultos que han recibido uno o más regímenes en el entorno metastásico. B) Cáncer colorrectal: en combinación con trastuzumab para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer colorrectal irresecable o metastásico HER2 positivo de tipo salvaje RAS que ha progresado después del tratamiento con quimioterapia basada en fluoropirimidina, oxaliplatino e irinotecán.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo o Gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TURALIO

Medicamentos

Turalio Oral Capsule 125 Mg, 200 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico del tumor sintomático de células gigantes tenosinoviales (TGCT, según siglas en inglés) asociado con morbilidad severa o limitaciones funcionales y no es susceptible a mejora con la cirugía. 2. Prueba de función hepática (AST, ALT, ALP y bilirrubina) y creatinina sérica.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Participación en Programa REMS.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TYGACIL

Medicamentos

Tigecycline Solution Reconstituted 50 MG Intravenous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de infecciones complicadas de la piel y de la estructura de la piel, infección intraabdominal complicada o neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TYKERB

Medicamentos

Lapatinib Ditosylate Oral Tablet 250 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de uno de los siguientes: Tratamiento en combinación con: 1. capecitabine, 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, según siglas en inglés) y que han recibido un tratamiento previo que incluye una antraciclina, un taxano, y trastuzumab O 2. En combinación con letrozole para el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico con receptor hormonal positivo que sobre expresa el receptor HER2 para quien está indicada la terapia hormonal. 2. LVEF.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses.

Otros Criterios

1. Para el cáncer de mama, un paciente nuevo debe tener un cáncer de mama positivo para HER2 para la aprobación de lapatinib. 2. Se requiere LVEF normal antes de comenzar la terapia.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TYMLOS

Medicamentos

Tymlos Subcutaneous Solution Pen-Injector 3120 Mcg/1.56ml

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Para el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con osteoporosis con alto riesgo de fractura o pacientes que han fallado o son intolerantes a otra terapia disponible para la osteoporosis. B) Para el tratamiento para aumentar la densidad ósea en hombres con osteoporosis con alto riesgo de fractura o pacientes que han fallado o son intolerantes a otra terapia disponible para la osteoporosis. 2. El paciente probó y fracasó con dos bifosfonatos orales. 3. Puntuación T de la densidad mineral ósea (BMD, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Endocrinólogo, Reumatólogo, Ortopeda, Ginecólogo.

Duración de Cubierta

24 meses (máximo 24 meses de terapia de por vida).

Otros Criterios

Tymlos será aprobado para las indicaciones de osteoporosis cubiertas si el paciente tiene uso y fallo, contraindicación o intolerancia a dos bifosfonatos orales (por ejemplo, alendronato, ibandronato). Historial previo de medicamentos en reclamos, MD deberá proporcionar documentación de registros médicos o procesamiento de reclamos de farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización previa. O Si el paciente tiene insuficiencia renal grave (ejemplo, depuración de creatinina inferior a 30 ml / min) o enfermedad renal crónica, o si el paciente tiene múltiples fracturas vertebrales con puntuación T vertebral menor a -2.5. La duración del tratamiento de las hormonas paratiroides (ejemplo, Forteo [teriparatide], Tymlos [abaloparatide]) no ha excedido un total de 24 meses durante la vida del paciente.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

TYVASO

Medicamentos

Tyvaso DPI Maintenance Kit Powder Inhalation 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG

Tyvaso DPI Titration Kit Powder Inhalation 16 & 32 & 48 MCG, 112 x 16MCG & 84 x 32MCG

Tyvaso DPI Maintenance Kit Powder Inhalation 112 x 32MCG & 112 x48MCG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de: A) Hipertensión arterial pulmonar (PAH, según siglas en inglés, Grupo 1 de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio O B) Hipertensión pulmonar asociada con enfermedad pulmonar intersticial (PH-ILD, según siglas en inglés, Grupo 3 de la OMS) para mejorar la capacidad de ejercicio. 2) Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Neumólogo, Cardiólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

UBRELVY

Medicamentos

Ubrely Oral Tablet 50 MG, 100 MG

Criterios de Exclusión

Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP3A4.

Información Médica Requerida

1. El diagnóstico de migraña aguda con o sin aura y el fármaco se utilizará para el tratamiento agudo. 2. El paciente probó y fracasó al menos con un agonista del receptor triptano 5-HT₁ o tiene contraindicación o incapacidad para tolerarlo.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza, Especialista en Manejo del Dolor.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

UPTRAVI

Medicamentos

Uptravi Oral Tablet Therapy Pack 200 & 800 MCG

Uptravi Oral Tablet 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG, 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG

Criterios de Exclusión

Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP2C8.

Información Médica Requerida

1. Para tratamiento inicial: Diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar (PAH, según siglas en inglés, 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VALCHLOR

Medicamentos

Valchlor External Gel 0.016 %

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico. Tratamiento tópico para linfoma cutáneo de células T de tipo micosis 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

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VALTOCO

Medicamentos

Valtoco 10 Mg Dose Nasal Liquid 10 Mg/0.1ml

Valtoco 15 Mg Dose Nasal Liquid Therapy Pack 7.5 Mg/0.1ml

Valtoco 20 Mg Dose Nasal Liquid Therapy Pack 10 Mg/0.1ml

Valtoco 5 Mg Dose Nasal Liquid 5 Mg/0.1ml

Criterios de Exclusión

Glaucoma agudo de ángulo estrecho.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de epilepsia con episodios estereotípicos intermitentes de actividad convulsiva frecuente (es decir, grupos de convulsiones, convulsiones repetitivas agudas) que son distintos del patrón de convulsiones habitual de un paciente.

Restricción de Edad

6 años y más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VANFLYTA

Medicamentos

Vanflyta Oral Tablet 17.7 MG, 26.5 MG

Criterios de Exclusión

Pacientes con hipopotasemia severa, hipomagnesemia severa, síndrome de QT largo, historial de arritmias ventriculares o historial de torsade de pointes.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés, recién diagnosticada) con mutación positiva para duplicación interna en rearreglo (ITD, según siglas en inglés) de FLT3 en combinación con inducción estándar de citarabina y antraciclina y consolidación con citarabina, y como monoterapia de mantenimiento después de la quimioterapia de consolidación. 2. Mutación positiva para duplicación interna en rearreglo (ITD, según siglas en inglés) de FLT3 confirmada mediante una prueba aprobada por la FDA.

Restricción de Edad

18 años o mayor.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VEMLIDY

Medicamentos

Vemlidy Oral Tablet 25 MG

Criterios de Exclusión

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

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la infección crónica por el virus de la hepatitis B en adultos con enfermedad hepática compensada.

Restricción de Edad

12 años ó más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VENCLEXTA

Medicamentos

Venclexta Starting Pack Oral Tablet 10 & 50 & 100 MG

Venclexta Oral Tablet 10 MG, 50 MG, 100 MG

Criterios de Exclusión

El inhibidor fuerte de CYP3A en el inicio y durante la fase de aceleración está contraindicado.

Información Médica Requerida

1. Indicaciones de uno de los siguientes: a) Leucemia linfocítica crónica (CLL, según siglas en inglés) o linfoma linfocítico pequeño (SLL, según siglas en inglés), O b) En combinación con azacitidina o decitabina o citarabina en dosis bajas para el tratamiento de leucemia mieloide aguda recién diagnosticada (AML, según siglas en inglés) en adultos que tienen 75 años o más, o que tienen comorbilidades que impiden el uso de quimioterapia de inducción intensiva. 2. Evaluación del riesgo de síndrome de lisis tumoral.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Oncólogo o Hematólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VENTAVIS

Medicamentos

Ventavis Inhalation Solution 10 MCG/ML, 20 MCG/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar grupo I OMS con “New York Heart Association” (NYHA, según siglas en inglés) clase funcional III o IV confirmada por cateterismo cardiaco derecho.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Cardiólogo o Neumólogo.

Duración de Cubierta

Inicial – 6 meses. Renovación – 12 meses.

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VERQUVO

Medicamentos

Verquvo Oral Tablet 10 Mg, 2.5 Mg, 5 Mg

Criterios de Exclusión

1. Uso concomitante de otro estimulador de guanilato ciclasa.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de fallo cardíaco (HF, según siglas en inglés) NYHA Clase II-IV y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (LVEF, según siglas en inglés) inferior al 45 % y: A) experimentó un episodio de empeoramiento, como hospitalización por insuficiencia cardíaca, en los últimos 6 meses, o B) uso de diuréticos intravenosos (IV) para pacientes ambulatorios para la insuficiencia cardíaca. 2. El tratamiento se utilizará para reducir el riesgo de muerte cardiovascular e insuficiencia cardíaca. 3. Se proporcionaron valores de LVEF y son inferiores al 45%. 4. Evidencia de respuesta inadecuada al uso previo de una terapia médica dirigida por guías que incluye betabloqueadores (p.ej. bisoprolol, carvedilol, succinato de metoprolol) y antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (p.ej. espironolactona, eplerenona) o Entresto.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VERZENIO

Medicamentos

Verzenio Oral Tablet 50 MG, 100 MG, 150 MG, 200 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) En combinación con terapia endocrina (tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasas) para el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con receptor hormonal (HR, según siglas en inglés)-positivo, receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2, según siglas en inglés)-negativo, nódulo-positivo, cáncer de mama temprano con alto riesgo de recurrencia. B) En combinación con un inhibidor de la aromatasas como terapia endocrina inicial para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama avanzado o metastásico receptor hormonal (HR, según siglas en inglés)-positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés)-negativo. C) En combinación con fulvestrant para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama avanzado o metastásico con receptor hormonal (HR, según siglas en inglés)-positivo y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, según siglas en inglés)-negativo con progresión de la enfermedad después de la terapia endocrina. D) Como monoterapia para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama avanzado o metastásico HR positivo, HER2 negativo con progresión de la enfermedad después de la terapia endocrina y quimioterapia previa en el entorno metastásico.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VIJOICE

Medicamentos

Vijoje Oral Tablet Therapy Pack 125 MG, 50 MG

Vijoje Oral Tablet Therapy Pack 200 & 50 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de manifestaciones severas del espectro de sobrecrecimiento relacionado (PROS, según siglas en inglés) con PIK3CA que requiera terapia sistémica. 2. El paciente tiene una mutación PIK3CA confirmada por pruebas genéticas.

Restricción de Edad

2 años o más.

Restricción de Médico

Prescrito por o en consulta con un médico que se especializa en el tratamiento de trastornos genéticos.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VITRAKVI

Medicamentos

Vittrakvi Oral Solution 20 MG/ML

Vittrakvi Oral Capsule 25 MG, 100 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de tumor solido Y, tiene fusión del gen neurotrópico tirosina quinasa (NTRK, según siglas en inglés) sin una mutación conocida adquirida de resistencia, Y el tumor son metastásico o donde la resección quirúrgica es probable que resulte en morbilidad severa, Y no tiene tratamientos alternativos satisfactorios o ha progresado después del tratamiento.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe ser cubierto bajo el beneficio de la Parte D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VIZIMPRO

Medicamentos

Vizimpro Oral Tablet 15 MG, 30 MG, 45 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de pulmón metastásico de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) con crecimiento epidérmico del receptor del factor (EGFR, según siglas en inglés) supresión del exón 19 o mutaciones de sustitución del exón 21 L858R, detectadas 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VONJO

Medicamentos

Vonjo Oral Capsule 100 MG

Criterios de Exclusión

Uso concomitante de inhibidores o inductores potentes de CYP3A4.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de mielofibrosis primaria o secundaria (pos-policitemia vera o pos-trombocitemia esencial) de riesgo intermedio o alto con un recuento de plaquetas inferior a $50 \times 10^9/L$. 2. Conteo de plaquetas.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VORICONAZOLE

Medicamentos

Voriconazole Solution Reconstituted 200 MG Intravenous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico. 2. La vía de administración es intravenosa.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

6 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VOSEVI

Medicamentos

Vosevi Oral Tablet 400-100-100 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: infección crónica por virus de hepatitis C (HCV, según siglas en inglés). 2. 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. 3. Estado de la cirrosis.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista de Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

12 semanas

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VOTRIENT

Medicamentos

Votrient Oral Tablet 200 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de: a) carcinoma de célula renal avanzado O b) sarcoma de tejido blando (STS, según siglas en inglés) avanzado que hayan recibido quimioterapia previa. 2. Niveles de transaminasas séricas 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

VUMERITY

Medicamentos

Vumerity Oral Capsule Delayed Release 231 Mg

Criterios de Exclusión

Administración concomitante con dimetilfumarato. Hipersensibilidad al fumarato de diroximel o fumarato de dimetilo.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS, según siglas en inglés), incluido el síndrome clínicamente aislado, la enfermedad remitente-recurrente y la enfermedad progresiva secundaria activa. 2. Contaje completo de células en sangre. 3. Prueba de función hepática (ALT, AST, ALP y bilirrubina total).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo o Especialista en MS.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

WELIREG

Medicamentos

Welireg Oral Tablet 40 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

El diagnóstico de la enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL, según siglas en inglés) y el paciente requiere tratamiento para el carcinoma de células renales (RCC, según siglas en inglés) asociado, hemangioblastomas del sistema nervioso central (CNS, según siglas en inglés) o tumores neuroendocrinos pancreáticos (pNET, según siglas en inglés), que no requieren cirugía inmediata.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Geneticista.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XALKORI

Medicamentos

Xalkori Oral Capsule 200 MG, 250 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA: A) cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC, según siglas en inglés)) cuyos tumores son quinasa de linfoma anaplásico (ALK, según siglas en inglés)) o ROS1-positivo, B) anaplásico sistémico en recaída o refractario linfoma de células grandes (ALCL, según siglas en inglés)) que es ALK-positivo, O C) tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT, según siglas en inglés)) irreseccable, recurrente o refractario que es ALK-positivo.

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XATMEP

Medicamentos

Xatmep Oral Solution 2.5 MG/ML

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Para tratamiento de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (ALL, según siglas en inglés) como componente de un régimen de mantenimiento combinado de quimioterapia, O 2. Manejo de pacientes pediátricos con artritis idiopática juvenil poliarticular activa (pJIA, según siglas en inglés) 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XCOPRI

Medicamentos

Xcopri (250 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 100 & 150 MG Oral

Xcopri (350 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 150 & 200 MG Oral

Xcopri Tablet 100 MG Oral

Xcopri Tablet 150 MG Oral

Xcopri Tablet 200 MG Oral

Xcopri Tablet 50 MG Oral

Xcopri Tablet Therapy Pack 14 x 12.5 MG & 14 x 25 MG Oral

Xcopri Tablet Therapy Pack 14 x 150 MG & 14 x 200 MG Oral

Xcopri Tablet Therapy Pack 14 x 50 MG & 14 x 100 MG Oral

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de convulsiones de inicio parcial.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XELJANZ

Medicamentos

Xeljanz Oral Tablet 5 MG, 10 MG

Xeljanz XR Oral Tablet 24 Hour 11 MG, 22 MG

Xeljanz Solution 1 MG/ML Oral

Criterios de Exclusión

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

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de: a) Artritis reumatoide activa de moderada a grave en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. b) Artritis psoriásica en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. c) Espondilitis anquilosante en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. d) Colitis ulcerosa (UC, según siglas en inglés) activa de moderada a grave en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. e) Artritis idiopática juvenil de curso poliarticular activo (pcJIA, según siglas en inglés) en pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más bloqueadores del TNF. 2. Al paciente se le ha realizado una prueba de infección de tuberculosis (TB) en el último año y se ha descartado la TB latente o está siendo tratado según las pautas. 3. Evaluación de linfopenia: ANC (recuento absoluto de neutrófilos), recuento absoluto de linfocitos, hemoglobina.

Restricción de Edad

2 años o más.

Restricción de Médico

Reumatólogo, Gastroenterólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XENAZINE

Medicamentos

Tetrabenazine Oral Tablet 12.5 MG, 25 MG

Criterios de Exclusión

1. Activamente suicida, o que tiene depresión que no se trata o subtratado. 2. Insuficiencia hepática. 3. Tomar inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI, según siglas en inglés) o reserpina. 4. Tomando deutetrabenazina o valbenazina.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de corea asociada a la enfermedad de Huntington.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Para el tratamiento de corea asociada con la enfermedad de Huntington, síndrome de Tourette o trastornos relacionados con tics, distonía hiperkinética primaria o hemibalismo, la Xenazine (tetrabenazina) debe ser recetada por o después de consultar con un neurólogo. Para la TD, la Xenazine (tetrabenazina) debe ser recetada por o después de consultar con un neurólogo o psiquiatra.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Discinesia tardía, síndrome de Tourette.

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XERMELO

Medicamentos

Xermelo Oral Tablet 250 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1) Diagnóstico de diarrea por síndrome carcinoide en combinación con terapia con análogos de la somatostatina (SSA, según siglas en inglés), inadecuadamente controlada por la terapia SSA.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Oncólogo o Endocrinólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XGEVA

Medicamentos

Xgeva Solution 120 MG/1.7ML Subcutaneous

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 múltiple mieloma y en pacientes con metástasis ósea de tumores sólidos, O 2. Adultos y adolescentes esqueléticamente maduros con tumor de células gigantes de hueso que es irreseccable o resección quirúrgica es probable que resulte en morbilidad grave, O 3. Paciente tiene diagnóstico de hipercalcemia de malignidad refractario a terapia con bifosfonato.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XIFAXAN

Medicamentos

Xifaxan Oral Tablet 200 MG, 550 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico o uso previsto para uno de los siguientes: a. diarrea del viajero (TD, según siglas en inglés) causada por cepas no invasivas de Escherichia coli. b. Reducción del riesgo de encefalopatía hepática manifiesta (HE, según siglas en inglés). C. Tratamiento del síndrome del intestino irritable con diarrea (IBS-D, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

Diarrea del viajero, 12 años o más. Para el resto de las indicaciones, 18 años 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 de la medicación en las reclamaciones, medico deberá presentar documentación de la utilización en el expediente médico o de farmacia con el procesamiento a través de otro beneficio de farmacia anterior para cumplir con utilización previa. Para el diagnóstico de diarrea del viajero por cepas no invasivas de E coli, Xifaxan 200MG será aprobado como primera línea.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XOLAIR

Medicamentos

Xolair Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML
Xolair Solution Reconstituted 150 MG Subcutaneous

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Alergista, Inmunólogo, Neumólogo o Dermatólogo.

Duración de Cubierta

Inicial: 6 meses. Continuación: 12 meses.

Otros Criterios

Antes de comenzar la auto inyección con la jeringa precargada de Xolair, el paciente no debe tener antecedentes de anafilaxia y debe ser observado de cerca por un proveedor de atención médica durante al menos tres inyecciones sin hipersensibilidad (reacciones alérgicas). Una vez que se ha iniciado la terapia con Xolair y se ha establecido de forma segura en un entorno de atención médica, un proveedor de atención médica puede determinar si el paciente o un cuidador se auto inyecta con la jeringa precargada de Xolair. El proveedor de atención médica debe capacitar al paciente o al cuidador sobre la técnica correcta de inyección subcutánea, cómo reconocer los signos y síntomas de la anafilaxia y cómo tratar la anafilaxia de manera adecuada, antes de la primera auto inyección fuera de un entorno de atención médica. 2. Para el asma persistente de moderada a grave, los pacientes deben cumplir con todos los criterios, los síntomas del asma no se han controlado adecuadamente mediante el uso concomitante de al menos 3 meses de corticosteroides inhalados y un beta-agonista de acción prolongada (LABA) o una alternativa de LABA, si la LABA está contraindicada o paciente tiene intolerancia, entonces las alternativas incluyen teofilina de liberación sostenida o un modificador de leucotrienos (ejemplo., montelukast), Y control inadecuado demostrado por hospitalización por asma, necesidad de corticosteroides sistémicos para controlar las exacerbaciones del asma o necesidad creciente (ejemplo., 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).

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XOSPATA

Medicamentos

Xospata Oral Tablet 40 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de leucemia mieloide aguda (AML, según siglas en inglés), de relapso o refractaria con la mutación FLT3 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

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XPOVIO

Medicamentos

Xpovio (100 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral
Xpovio (100 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 50 MG Oral
Xpovio (40 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral
Xpovio (40 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 40 MG Oral
Xpovio (40 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral
Xpovio (40 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 40 MG Oral
Xpovio (60 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral
Xpovio (60 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 60 MG Oral
Xpovio (60 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral
Xpovio (80 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral
Xpovio (80 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 40 MG Oral
Xpovio (80 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1) Mieloma múltiple, para usar en combinación con bortezomib y dexametasona en adultos que han recibido al menos una terapia previa, O 2) Mieloma múltiple en recaída o refractario, para usarse en combinación con dexametasona en adultos que hayan recibido al menos cuatro terapias previas y cuya enfermedad sea refractaria a al menos dos inhibidores del proteasoma, al menos dos agentes inmunomoduladores y un anticuerpo monoclonal anti-CD38, O 3) Linfoma difuso de células B grandes (DLBCL, según siglas en inglés) relapsante o refractario, no especificado de otra manera, incluido el DLBCL derivado de linfoma folicular, después de al menos 2 líneas de terapia sistémica.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XTANDI

Medicamentos

Xtandi Oral Capsule 40 Mg

Xtandi Oral Tablet 40 Mg, 80 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes cánceres de próstata: 1) Resistente a la castración, O 2) Sensible a la castración metastásico.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Oncólogo o Hematólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XURIDEN

Medicamentos

Xuriden Oral Packet 2 GM

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de aciduria orótica hereditaria.

Restricción de Edad

2 meses de edad o más.

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

XYREM

Medicamentos

Xyrem Oral Solution 500 MG/ML

Criterios de Exclusión

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

Información Médica Requerida

El diagnóstico de una de las siguientes: A) 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, armodafinil, 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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, algunas indicaciones médicamente aceptadas.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Fibromialgia

Prerrequisito Parte B

Ninguno

YONSA

Medicamentos

Yonsa Oral Tab 125 mg

Criterios de Exclusión

Embarazo

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZAVESCA

Medicamentos

Miglustat Oral Capsule 100 MG

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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZEJULA

Medicamentos

Zejula Oral Capsule 100 MG

Zejula Oral Tablet 100 MG, 200 MG, 300 MG

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes: A) Para el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con cáncer epitelial avanzado de ovario, trompa de Falopio o peritoneal primario que están en una respuesta completa o parcial a la quimioterapia de primera línea basada en platino. O B) Para el tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con cáncer de ovario epitelial recurrente, de trompas de Falopio o peritoneal primario con mutación germinal nociva o presuntamente nociva que presentan una respuesta completa o parcial a la quimioterapia basada en platino.

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.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZELBORAF

Medicamentos

Zelboraf Oral Tablet 240 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Melanoma irresecable o metastásico con mutación BRAF V600E, O 2. Enfermedad de Erdheim-Chester con mutación BRAF V600. Pruebas antes de comienzo de terapia: electrocardiograma, electrolitos, enzimas hepáticas y bilirrubina. Mutación 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZEPATIER

Medicamentos

Zepatier Oral Tablet 50-100 MG

Criterios de Exclusión

1. Pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C). 2. Inhibidores de OATP1B1 / 3 que se sabe o se espera que aumenten las concentraciones plasmáticas de grazoprevir, inductores potentes de CYP3A y efavirenz. 3. Si se administra con ribavirin, también se aplican las contraindicaciones para la ribavirin.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico, 2. Genotipo, 3. Estado de tratamiento del paciente (tratamiento nuevo o con experiencia en tratamiento), y 4. Se requiere estado de cirrosis.

Restricción de Edad

12 años o más.

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

12 a 16 semanas. Los criterios se aplicarán de acuerdo con las guías actuales de AASLD / IDSA.

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZOLINZA

Medicamentos

Zolinza Oral Cap 100 mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: Linfoma cutáneo de células T (CTCL, según siglas en inglés) que tiene la enfermedad progresiva, persistente o recurrente durante o después de dos terapias sistémicas. 2. Prueba de embarazo en mujeres con potencial reproductivo: antes del inicio del tratamiento.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZTALMY

Medicamentos

Ztalmy Oral Suspension 50 Mg/MI

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de convulsiones asociadas con el desorden por deficiencia de ciclina (CDD, según siglas en inglés) dependiente de quinasa similar a 5 (CDKL5, según siglas en inglés).

Restricción de Edad

2 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo, Genetista.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZYDELIG

Medicamentos

Zydelig Oral Tab 100 mg, 150 mg

Criterios de Exclusión

Antecedentes de reacciones alérgicas graves que incluyen anafilaxia y necrólisis epidérmica tóxica.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de leucemia linfocítica crónica (CLL, según siglas en inglés) relapsante, en combinación con rituximab, en pacientes para los que rituximab solo, se considerará un tratamiento adecuado debido a otras comorbilidades. El paciente debe tener una autorización previa vigente para Rituxan (rituximab).

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Participación en Programa REMS.

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZYKADIA

Medicamentos

Zykadia Oral Tablet 150 Mg

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC, según siglas en inglés) metastásico cuyos tumores son linfoma quinasa anaplásico (ALK, según siglas en inglés) positivos. 2. Confirmación de la mutación ALK positiva 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

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

ZYTIGA

Medicamentos

Abiraterone Acetate Oral Tablet 250 Mg, 500 Mg
Zytiga Oral Tablet 500 MG

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 la castración O 2. cáncer de próstata metastásico de alto riesgo sensible a la castración.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Prescrito por o en consulta con oncólogo o urólogo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Indicaciones

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Indicaciones cubiertas no aprobadas por FDA

Ninguno

Prerrequisito Parte B

Ninguno

Índice

Abelcet Suspension	35	Amphotericin B Solution	Byetta	82
Abilify	17	Reconstituted	CABOMETYX	39
abiraterone acetate	266	Ampicillin Sodium	Calcitriol Oral Solution ..	35
Abiraterone Acetate Oral		Solution Reconstituted	Calquence	40
Tablet 250 Mg, 500 Mg		CAMZYOS.....	41
.....	266	ANDRODERM	Caplyta Oral Capsule.....	17
Acetylcysteine Solution.	35	TRANSDERMAL	CARBAGLU	42
Acitretin Oral Cap.....	2	PATCH 24 HOUR	Caspofungin Acetate	
Actimmune Solution	3	Solution Reconstituted	
Acyclovir Sodium Solution		Aprepitant Oral	35
.....	35	APTIOM ORAL TABLET	CAYSTON	43
Adalimumab-Adbm		Cefoxitin Sodium	35
Subcutaneous Auto-		ARCALYST	Cefuroxime Sodium	
Injector Kit.....	55	Aristada Initio	Solution.....	35
Adalimumab-Adbm		Aristada Intramuscular	Chlorzoxazone Oral Tablet	
Subcutaneous Prefilled		Prefilled Syringe.....	500 Mg	44
Syringe	55	armodafinil oral.....	CHOLBAM	45
Adapalene external.....	216	atovaquone oral.....	Cinacalcet	35
adapalene external gel .	216	AUBAGIO ORAL	Clinimix/Dextrose	35
adapalene external solution		TABLET.....	Colistimethate Sodium	
.....	216	AUSTEDO ORAL	(Cba).....	35
adefovir dipivoxil.....	88	TABLET.....	COMETRIQ	16
ADEMPAS.....	5	Austedo Xr	COPIKTRA	46
Aimovig Subcutaneous		Avonex	CORLANOR	47
Solution	8	Ayvakit Oral Tablet.....	Cortrophin.....	48
Albuterol Sulfate		Azathioprine Oral Tablet	COTELLIC.....	49
Nebulization.....	35	Cromolyn Sodium	35
ALECENSA	9	BAFIERTAM	cyclobenzaprine hcl oral	50
alose tron hcl	123	BALVERSA	Cyclophosphamide Oral	35
Alunbrig Oral Tablet.....	10	Baraclude Oral Solution	Cyclosporine Modified ..	35
Alunbrig Oral Tablet		28	Cyclosporine Modified	
Therapy Pack	10	BENLYSTA	Oral Solution.....	36
Alyq Oral Tablet	4	Benzotropine Mesylate Oral	Cyclosporine Oral	35
Ambisome Suspension		Tablet.....	Cyproheptadine HCl Oral	
Reconstituted	35	BESREMI.....	Syrup	29
ambrisentan	118	BETASERON.....	Cyproheptadine HCl Oral	
Amjevita Subcutaneous		bexarotene	Tablet.....	29
Solution	11	Bivigam Solution Oral...	Dalfampridine ER	13
Amphetamine-		35	DAURISMO	51
Dextroamphetamine		BOSULIF	Daybue	52
Oral Cap	6	Braftovi Oral Cap.....	deferasirox	68
Amphetamine-		132	Deferiprone Oral Tablet.	71
Dextroamphetamine		BRIVIACT ORAL	Dextroamphetamine	
Oral Tab.....	6	SOLUTION	Sulfate.....	6
Amphotericin B Liposomal ..	35	Diacomit	53
		BRIVIACT ORAL		
		TABLET.....		
		Brukinsa		
		33		
		Budesonide Suspension .		
		35		
		BYDUREON BCISE		
		82		

Diclofenac Epolamine External Patch 54	Fingolimod 79	Ibrance Oral Capsule 94
Digitek Oral Tablet 29	Fintepla Oral Solution .. 73	Ibrance Oral Tablet..... 94
Digoxin Oral Solution ... 29	Fluconazole In Sodium Chloride Solution 36	Icatibant Acetate Subcutaneous 74
Digoxin Oral Tablet 29	FOTIVDA 75	ICLUSIG 95
Dimethyl Fumarate 209	FYCOMPA..... 76	IDHIFA 96
Diphenoxylate-Atropine Oral Liquid 29	Gammagard S/D Less Iga 36	imatinib mesylate 97
Diphenoxylate-Atropine Oral Tablet..... 29	Gammagard Solution..... 36	IMBRUVICA 98
Diphtheria-Tetanus Toxoids Dt Suspension 36	Gammaplex Solution..... 36	Imipenem-Cilastatin Solution..... 36
Drizalma Sprinkle 57	Gamunex-C Solution..... 36	Inbrija 99
Dronabinol Oral 36	GATTEX..... 77	INCRELEX 100
Droxidopa..... 143	Gavreto 78	INLYTA 16
Dupixent..... 58	Gefitinib 105	Inqovi Oral Tablet..... 101
Eligard..... 119	Gengraf Oral Capsule ... 36	INREBIC 102
Emend Oral Suspension 36	Gengraf Oral Solution ... 36	Intralipid Emulsion..... 36
EMGALITY 59	GILENYA 79	INTRON A 104
ENBREL 60	GILOTRIF 16	Invega Hafyera..... 17
Engerix-B Suspension .. 36	glatiramer acetate 80	Invega Sustenna 17
Entecavir Oral Tablet ... 28	GLATOPA 80	Invega Trinza 17
EPCLUSA 61	Gleostine..... 81, 82	Ipratropium Bromide Solution..... 36
EPIDIOLEX 62	Granisetron Hcl Oral 36	Ipratropium-Albuterol Solution..... 36
EPRONTIA 63	Guanfacine Oral Tablet .29	JAKAFI..... 106
ERIVEDGE..... 16	Guanfacine Oral Tablet ER 24HR 29	JAYPIRCA 107
ERLEADA 64	Hadlima 85	JUXTAPID 108
Erlotinib Oral Tab 203	HARVONI..... 87	KALYDECO ORAL PACKET..... 109
Erythrocine Lactobionate Solution Reconstituted 36	Heparin Sodium (Porcine) Solution 36	KALYDECO ORAL TABLET..... 109
Everolimus Oral Tablet .. 7, 36	HETLIOZ 89	KERENDIA..... 110
Everolimus Oral Tablet 0.25 Mg 0.5 Mg 0.75 Mg..... 36	Humira Pediatric 55	Kesimpta..... 111
Everolimus Oral Tablet Soluble..... 7	Humira Pen..... 55	KISQALI FEMARA Therapy Pack 113
Evrysdi 67	Humira Prefilled Syringe 55	KISQALI ORAL TABLET THERAPY PACK 112
EXKIVITY 69	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 90	KORLYM..... 114
Fanapt..... 17	HUMULIN R U-500 KWIKPEN..... 90	Koselugo Oral Capsule 115
Fentanyl Citrate Buccal . 70	Hydromorphone Hcl Pf Solution 36	Krazati 16
Fentanyl Citrate Lozenge On A Handle 70	hydroxychloroquine sulfate oral 92	Lapatinib Ditosylate Oral Tablet..... 221
FERRIPROX 71	Hydroxyzine Hcl Oral Tablet..... 93	Latuda..... 17
	Hydroxyzine Pamoate ... 93	Lenvima..... 117
	Hyftor 91	Leuprolide Acetate 119

Levalbuterol Hcl	NATPARA	137	Pentamidine Isethionate
Nebulization.....	NAYZILAM.....	138	Inhalation Solution
Levocarnitine Oral	Neoral Oral Capsule	37	Reconstituted.....
Solution	Neoral Oral Solution	3737
Lidocaine External Patch 5	Nephramine Solution.....	37	Pentamidine Isethionate
%.....	NERLYNX.....	139	Injection Solution
Lidocaine Ointment 5 %	Neupogen	72	Reconstituted.....
External	NINLARO.....	14137
Lidocaine-Prilocaine	Nitisinone	142	Perforomist Nebulization
Cream 2.5-2.5 %	Nityr.....	142	Solution.....
External	Nivestym	7237
linezolid intravenous	NORDITROPIN		Perseris
solution.....	FLEXPRO	83	17
linezolid oral.....	Nubeqa	144	Pheburane Oral Pellet ..
Lorbrena Oral Tab.....	NUCALA	145	162
LUMAKRAS.....	NUDEXTA	146	Phenobarbital Oral Elixir
LUMRYZ.....	NUPLAZID	14729
Lupron Depot.....	NURTEC.....	148	Phenobarbital Oral Tablet
Lybalvi	Nutrilipid Emulsion.....	3729
LYNPARZA.....	Octreotide Acetate		Piqray
LYTGOBI.....	Solution	37	164
MATULANE.....	ODOMZO	150	Pirfenidone
Mavyret Oral Tab.....	Ofev oral.....	151	66
MAYZENT	OJJAARA.....	152	Polymyxin B Sulfate
Megestrol Acetate Oral	Ondansetron Hcl Oral....	37	Solution Reconstituted
Suspension.....	Ondansetron Oral Tablet	37
.....29	Dispersible	37	POMALYST.....
Megestrol Acetate Oral	ONUREG	16	16
Tablet	OPSUMIT	153	PreHevbrio Suspension..
.....29	Orfadin Oral Capsule ..	142	37
MEKINIST.....	Orfadin Oral Suspension		Premasol Solution
Mektovi Oral Tab.....	142	Intravenous
Methotrexate Sodium	ORGOVYX.....	1637
37	ORKAMBI	154	Pretomanid.....
Methotrexate Sodium (Pf)	ORLADEYO -.....	155	165
Solution	ORSERDU	156	PREVYMIS ORAL.....
.....36	OTEZLA	157	166
methoxsalen rapid	Oxandrolone Oral Tablet		Privigen Solution.....
134	14	37
miglustat.....	Ozempic	82	Procalamine Solution
258	Panretin	15937
modafinil	Paricalcitol Oral Capsule		Prograf Oral Packet
136	3737
Mycophenolate Mofetil	PEGASYS	160	PROLASTIN-C.....
Oral Capsule	Pemazyre Oral Tablet..	161	158
.....37			PROLIA
Mycophenolate Mofetil			167
Oral Suspension			PROMACTA ORAL
Reconstituted			PACKET.....
.....37		168
Mycophenolate Sodium			PROMACTA ORAL
Oral Tablet Delayed			TABLET.....
Release168
.....37			Promethazine HCl Oral
Nafcillin Sodium Solution			Tablet.....
Reconstituted29
.....37			Prosol Solution.....
		37
			Pulmozyme Solution
		37
			Pyrukynd oral tablet
			169
			Pyrukynd Taper Pack ..
			169
			Qinlock Oral
			170
			RADICAVA
			171
			RAVICTI.....
			172
			Recombivax Hb
			Suspension
		37
			RECTIV
			173

REGRANEX	174	SPRYCEL	193	Tobramycin Nebulization	
RELISTOR	135	Stelara.....	194	Solution.....	38
RETACRIT	65	STIVARGA.....	16	Tobramycin Sulfate	
Retevmo Oral.....	175	SUTENT.....	195	Solution.....	38
Revlimid.....	176	Symlin Pen	196	Tpn Electrolytes Solution	
Rexulti.....	17	SYNAREL.....	197	Intravenous	38
REZLIDHIA.....	177	SYNRIBO	16	Travasol Solution	38
REZUROCK.....	178	Tabrecta Oral	198	Trelstar Mixject.....	119
Riluzole Oral Tab.....	179	Tacrolimus External		tretinoin external cream	
Rinvoq Oral	180	Ointment	214	216
Risperdal Consta	17	Tacrolimus Oral Capsule		tretinoin external gel...	216
Rozlytrek	181	37	Trihexyphenidyl Hcl Oral	
RUBRACA.....	182	Tadalafil (PAH) Oral		29
Rufinamide	27	Tablet.....	4	Trihexyphenidyl HCl Oral	
Rybelsus	82	TAFINLAR	16	Tablet.....	29
Rydapt Oral Cap	183	Tagrisso Oral Tab.....	199	Trophamine Solution	38
Sajazir Subcutaneous		TAKHZYRO	200	Trulicity	82
Solution	74	TALTZ.....	201	Truseltiq	217
Sandimmune Solution ...	37	Talzenna Oral Cap	202	Tukysa Oral	218
Saphris.....	17	TASIGNA	205	Turalio	219
sapropterin.....	116	tasimelteon.....	89	Tymlos.....	222
SAVELLA.....	185	Tavneos	206	TYVASO.....	223
SAVELLA TITRATION		tazarotene external	207	Ubrelvy.....	224
PACK.....	185	tazarotene external cream		Uptravi.....	225
SCSEMBLIX.....	186	207	VALCHLOR.....	226
Scopolamine Transdermal		TAZORAC EXTERNAL		Valtoco Dose Nasal Liquid	
Patch.....	29	207	227
Secuado.....	17	TAZORAC EXTERNAL		VANFLYTA.....	228
SIGNIFOR	187	CREAM.....	207	VEMLIDY.....	229
Sildenafil Citrate Oral		Tazverik Oral Tablet ...	208	VENCLEXTA	230
Suspension.....	163	Tdvax Suspension	38	VENCLEXTA	
Sildenafil Citrate Oral		TECFIDERA	209	STARTING PACK..	230
Tablet	163	Teflaro Solution		VENTAVIS	231
Sirolimus Oral Solution.	37	Reconstituted	38	VERQUVO.....	232
Sirolimus Oral Tablet....	37	Tenivac Injectable	38	VERZENIO	233
Sirturo Oral Tab	188	TEPMETKO.....	210	Victoza	82
SIVEXTRO	189	Teriflunomide Oral Tablet		Vigabatrin	184
SKYCLARYS	190	21	VIJOICE.....	234
Skyrizi	191	teriparatide (recombinant)		VITRAKVI.....	234, 235
sodium phenylbutyrate oral		211	VIZIMPRO.....	236
powder.....	34	testosterone transdermal		Vonjo.....	237
sodium phenylbutyrate oral		gel.....	215	Voriconazole Intravenous	
tablet.....	34	tetrabenazine	247	238
SOLTAMOX.....	16	THALOMID.....	212	VOSEVI	239
SOMAVERT	192	Tibsovo Oral Tab	213	VOTRIENT	240
Sorafenib Tosylate	140	tigecycline	220	Vraylar.....	17

VUMERITY	241	Xolair	251	ZEMAIRA.....	158
Welireg.....	242	XOSPATA.....	252	ZEPATIER	261
XALKORI.....	243	XPOVIO.....	253	Zolinza Oral Cap.....	262
XATMEP	244	XTANDI.....	254	ZTALMY	263
XCOPRI.....	245	XURIDEN.....	255	Zydelig Oral Tab.....	264
XELJANZ	246	XYREM	256	Zykadia Oral	265
XERMELO.....	248	Yonsa Oral Tab.....	257	ZYTIGA	266
XGEVA.....	249	ZEJULA	259		
XIFAXAN.....	250	Zelboraf Oral Tablet....	260		