

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ACTEMRA SC

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ARTRITIS REUMATOIDEA, ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: Recetado por un reumatólogo, un dermatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: Falta de eficacia con metotrexato o azatioprina, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ACTIQ

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

16 años o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Hasta el final del año de contrato del Plan.

#### **Otros Criterios:**

El afiliado ya está tomando y tolera la terapia con opiáceos durante las 24 horas. Se considera que los afiliados toleran los opiáceos cuando han tomado otro opiáceo a diario durante una semana o más (por ejemplo, al menos 60 mg de morfina oral por día o una dosis equianalgésica de otro opiáceo).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ACYCLOVIR

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ADCIRCA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con nitratos (p. ej., Nitrodur, Nitrobid, Nitrostat, Isordil, Ismo). Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con un estimulador de la guanilato ciclasa, como riociguat (Adempas).

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ADEMPAS

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con inhibidores de la fosfodiesterasa (por sus siglas en inglés, PDE) (p. ej., sildenafil, tadalafil, vardenafil, dipiridamol o teofilina) o nitratos (p. ej., Nitrodur, Nitrobid, Nitrostat, Isordil, Ismo).

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AFINITOR

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE SENO: enfermedad positiva para receptores hormonales (por sus siglas en inglés, HR) y negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (por sus siglas en inglés, HER2), recurrente o metastásica.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste. COMPLEJO DE ESCLEROSIS TUBEROSA ASOCIADOS  
CRISIS EPILÉPTICAS DE COMIENZO PARCIAL: Recetado por un oncólogo o un neurólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: Falta de eficacia con una terapia previa (p.ej., Vortient, Sutent), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. CÁNCER DE SENO: Recetado en combinación con exemestane, fulvestrant o tamoxifen Y antecedentes de tratamiento endocrino (p.ej., letrozole, anastrozole), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AIMOVIG

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

El afiliado sufre 4 o más días con migraña al mes durante al menos 3 meses. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado responde de manera positiva a la terapia, según lo demuestra una reducción en los días de migraña al mes en relación con el valor inicial.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo, un especialista en dolor de cabeza o un especialista en dolor, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

Inicial: 3 meses. Reautorizaciones: 6 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de las siguientes terapias orales de prevención de migrañas, cada una de diferentes clases terapéuticas, a menos que estén contraindicadas o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: medicamentos antiepilépticos (p. ej., divalproex sódico, valproato sódico, topiramato), betabloqueantes (p. ej., metoprolol, propranolol, timolol), antidepresivos (p. ej., amitriptilina, venlafaxina).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AJOVY

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

El afiliado sufre 4 o más días con migraña al mes durante al menos 3 meses. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado responde de manera positiva a la terapia, según lo demuestra una reducción en los días de migraña al mes en relación con el valor inicial.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo, un especialista en dolor de cabeza o un especialista en dolor, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

Inicial: 3 meses. Reautorizaciones: 6 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de las siguientes terapias orales de prevención de migrañas, cada una de diferentes clases terapéuticas, a menos que estén contraindicadas o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: medicamentos antiepilépticos (p. ej., divalproex sódico, valproato sódico, topiramato), betabloqueantes (p. ej., metoprolol, propranolol, timolol), antidepresivos (p. ej., amitriptilina, venlafaxina).



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ALECENSA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de que el paciente padece o no linfoma anaplásico ALK-positivo.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ALUNBRIG

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

La enfermedad es ALK-positiva.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AMITRIPTYLINE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Depresión: Falta de eficacia con uno de los siguientes antidepresivos genéricos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: bupropión, bupropión SR, bupropión XL, citalopram, succinato de desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, mirtazapina, sertralina, venlafaxina o venlafaxina XR.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AMITRIPTYLINE/CHLORDIAZEPOXIDE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: duloxetina, escitalopram o venlafaxina XR.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AMITRIPTYLINE/PERPHENAZINE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Depresión: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: duloxetina, escitalopram o venlafaxina XR.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AMPHOTERICIN B

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Abelcet únicamente: Falta de eficacia con la terapia convencional con anfotericina B, a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Ambisome cuando se está tratando a los pacientes con infecciones por especies de Aspergillus, Candida y/o Cryptococcus: Falta de eficacia con la terapia convencional con anfotericina B, a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AMPYRA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ANTI-HISTAMINES

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Rinitis alérgica: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: levocetirizina, desloratadina, propionato de fluticasona (suspensión nasal), flunisolida (solución nasal) o acetona de triamcinolona (inhalador nasal).



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ARANESP

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Anemia causada por síndrome mielodisplásico. Anemia asociada a la mielofibrosis.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con Procrit, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ARIKAYCE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Cultivo de esputo con resultado positivo después de al menos 6 meses consecutivos de una terapia de régimen de fondo con múltiples medicamentos (p. ej., claritromicina o azitromicina, etambutol y rifamicina). CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: documentación de al menos 3 cultivos de esputo mensuales consecutivos con resultado negativo en los 6 primeros meses de la terapia o al menos 2 cultivos de esputo mensuales consecutivos con resultado negativo en los 2 últimos meses de la terapia. El afiliado no haya recibido Arikayce tratamiento más de 12 meses después de pasar al estado de esputo negativo.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un especialista en enfermedades infecciosas o un neumólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

Inicial: 6 meses. Reautorizaciones: 12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AUBAGIO

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

AUSTEDO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

DISCINESIA TARDÍA: El desarrollo de discinesia tardía es secundario a un agente bloqueante del receptor de dopamina que actúa centralmente (neurolepticos) (por ejemplo, antipsicóticos de primera o segunda generación tales como clorpromazina o aripiprazol, antieméticos tales como prometazina o metoclopramida, el antidepresivo tricíclico amoxapina).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: Recetado por un neurólogo o en consulta con éste. DISCINESIA TARDÍA: Recetado por un psiquiatra o un neurólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: Falta de eficacia con tetrabenazina, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BALVERSA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Presencia de alteraciones genéticas sensibles del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos (por sus siglas en inglés, FGFR) 3 o del FGFR2.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

La enfermedad ha progresado durante o después de al menos una línea de quimioterapia que contiene platino.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BAXDELA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

El informe actual de cultivo y sensibilidad muestra que el patógeno aislado es un organismo Gram positivo o Gram negativo susceptible a delafloxacina.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

14 días.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con una fluoroquinolona, a menos que todas estén contraindicadas o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BELEODAQ

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BELSOMRA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Para pacientes de 65 años o más: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Rozerem, Silenor 6 mg/día o menos, trazodona o temazepam. Para pacientes menores de 65 años: Falta de eficacia con zolpidem o zolpidem CR, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BENLYSTA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Anafilaxis anterior a Benlysta, nefritis lúpica grave activa o lupus del sistema nervioso central grave activo.

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de lupus eritematoso sistémico positivo en relación con anticuerpos antinucleares (por sus siglas en inglés, ANA) y/o con anti-ADN bicatenario (por sus siglas en inglés, anti-dsDNA).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Actualmente está recibiendo terapia estándar para el lupus sistémico eritematoso que incluye uno o más de los siguientes agentes, a menos que todos los agentes estén contraindicados: glucocorticoides (p. ej., prednisona), antimaláricos (p. ej., hidroxicloroquina o cloroquina), inmunosupresores no biológicos (p. ej., azatioprina, metotrexato, micofenolato).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BENZTROPINE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Enfermedad de Parkinson/Parkinsonismo: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: amantadina, levodopa/carbidopa, entacapone, pramipexol, ropinirol, selegilina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BLEOMYCIN

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BOSULIF

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de que el afiliado tiene enfermedad del cromosoma Filadelfia positivo.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BOTOX

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

DOLOR DE CABEZA CRÓNICO POR MIGRAÑA: Antecedentes persistentes de dolores de cabeza por migraña crónicos y debilitantes con ataques frecuentes en más de 15 días por mes.

#### **Restricciones de Edad:**

Estrabismo o blefaroespasmos asociados con distonía: 12 años de edad o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Dolor de cabeza crónico por migraña: Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Dolor de cabeza crónico por migraña: Falta de eficacia con un tratamiento profiláctico con UNO de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: divalproex, topiramato, timolol o propranolol Y Falta de eficacia con una terapia abortiva con UNO de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: sumatriptán, rizatriptán, zolmitriptán, naratriptán, almotriptán, frovatriptán, Relpax, ergotamina/cafeína o dihidroergotamina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BRAFTOVI

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Positivo en relación con la mutación de BRAF V600E o V600K.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

MELANOMA: Recetado en combinación con Mektovi. CÁNCER DE COLON, CÁNCER RECTAL: Recetado en combinación con Mektovi y Erbitux o Vectibix.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BRIVIACT

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos antiepilépticos genéricos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: lamotrigina, topiramato, oxcarbazepina, carbamazepina, fenitoína, ácido valproico o divalproex sódico.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

BUTABARBITAL

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Insomnio: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Rozerem, Silenor 6 mg/día o menos, trazodona o temazepam. Para usar como sedante diurno: el paciente continúa con este medicamento sin efectos adversos.



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

C1 ESTERASE INHIBITOR

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un inmunólogo, un alergista, un hematólogo o un reumatólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CABLIVI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Recetado en combinación con plasmaféresis. Recetado en combinación con terapia inmunosupresora (es decir, glucocorticoides, rituximab). CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado ha recibido no más de 58 días de terapia con Cablivi después de la finalización de la plasmaféresis Y el afiliado cumple con uno de los siguientes criterios (a o b): a) Si la solicitud es para un nuevo ciclo de tratamiento, el afiliado ha experimentado no más de dos recurrencias mientras tomaba Cablivi y Cablivi se receta en combinación con plasmaféresis y terapia inmunosupresora (es decir, glucocorticoides, rituximab), O BIEN, b) Si la solicitud es para una extensión del tratamiento, el afiliado está respondiendo de manera positiva a la terapia, según se evidencia por, entre otras cosas, una mejoría en alguno de los siguientes parámetros: aumento del recuento de plaquetas, reducción de los síntomas neurológicos o mejorías en los marcadores de daños a los órganos (lactato deshidrogenasa, troponina cardíaca I y creatinina en suero).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un hematólogo o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

Inicial: 60 días. Reautorización: 58 días después de la plasmaféresis.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CABOMETYX

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Cáncer de pulmón de células no pequeñas.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Cáncer de pulmón de células no pequeñas: Documentación de reordenamiento del gen RET.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CALQUENCE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Anteriormente recibió al menos una terapia previa (p. ej., régimen que contiene rituximab).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CAPRELSA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Documentación de reordenamientos del gen RET.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

MEDULAR Y CARCINOMA TIROIDEO DIFERENCIADO: Recetado por un oncólogo o un endocrinólogo, o bien, en consulta con éstos. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CARCINOMA TIROIDEO DIFERENCIADO: Falta de eficacia con lenvatinib o sorafenib, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CAYSTON

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CERDELGA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Metabolizador extensivo (por sus siglas en inglés, EM) o metabolizador intermedio (por sus siglas en inglés, IM) que esté tomando un inhibidor de CYP2D6 potente o moderado de manera concomitante con un inhibidor de CYP3A potente o moderado Y metabolizadores intermedios o metabolizadores pobres (por sus siglas en inglés, PM) que estén tomando un inhibidor de CYP3A potente.

#### **Información Médica Requerida:**

Una prueba de genotipo aprobada por la FDA ha determinado que este paciente es un metabolizador extensivo (EM), un metabolizador intermedio (IM) o un metabolizador pobre (PM) de CYP2D6.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CEREZYME

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Enfermedad de Gaucher Tipo 3.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de al menos una de las siguientes afecciones causadas por la enfermedad de Gaucher: anemia, trombocitopenia, enfermedad en los huesos, hepatomegalia o esplenomegalia.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CHLORZOXAZONE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CHORIONIC GONADOTROPIN

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

Inducción de ovulación y embarazo en mujeres anovulatorias infértiles, cuya causa de anovulación es secundaria y no se debe a una insuficiencia ovárica primaria. Tratamiento de la obesidad.

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CINQAIR

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Recuento de eosinófilos en sangre mayor o igual a 400 células/mcL dentro de los últimos 3 meses.

#### **Restricciones de Edad:**

18 años de edad o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un alergista, un neumólogo o un inmunólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con UN corticoesteroide inhalado (p. ej., beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. Y Recetado en combinación con UN agonista beta de acción prolongada (p. ej., salmeterol, formoterol, vilanterol), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CLADRIBINE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CLOMIPRAMINE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Trastorno autista.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (p. ej., fluoxetina, fluvoxamina, sertralina), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

COMETRIQ

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Documentación de reordenamientos del gen RET.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CARCINOMA TIROIDEO DIFERENCIADO: Falta de eficacia con Lenvima o Nexavar, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

COPIKTRA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

COTELLIC

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Pacientes con melanoma BRAF de tipo natural.

#### **Información Médica Requerida:**

La enfermedad es positiva en relación con la mutación de BRAF V600E o V600K.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con Zelboraf.



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CRYSVITA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Los resultados de las pruebas de ADN confirman la presencia de mutaciones en el gen PHEX o la documentación de niveles séricos elevados del factor de crecimiento fibroblástico 23 (por sus siglas en inglés, FGF23). El nivel de fósforo sérico actual (dentro de los últimos 30 días) es inferior al rango de referencia para la edad y el sexo.

CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado cumple con todos los criterios de aprobación y ha tenido un aumento en el nivel de fósforo sérico desde la etapa inicial y/o de mantenimiento dentro del rango normal para la edad y el sexo, durante la terapia con Crysvida.

#### **Restricciones de Edad:**

1 año o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un endocrinólogo o un especialista en enfermedades del metabolismo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CYCLOBENZAPRINE HCL

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

CYTARABINE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Para la leucemia no linfocítica aguda: se usa en combinación con otros medicamentos contra el cáncer aprobados.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

DAKLINZA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSA, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

De 12 a 24 semanas según el estado de la cirrosis, el genotipo, el tratamiento previo o la elegibilidad para ribavirina.

#### **Otros Criterios:**

Se debe usar en combinación con Sovaldi. Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Mavyret, Harvoni, Epclusa, Vosevi y Zepatier para genotipos aplicables.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

DAURISMO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Edad de 75 años o más, O justificación médica respalda la imposibilidad de usar la quimioterapia de inducción intensive. Recetado en combinación con cytarabine de dosis baja.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

DIPYRIDAMOLE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

DISOPYRAMIDE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

DOPTELET

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

TROMBOCITOPENIA CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA: Conteo de plaquetas reciente (dentro de los últimos 14 días) menor de  $50 \times 10^9/L$ . El afiliado tiene programado un procedimiento médico o dental dentro de los siguientes 30 días.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

TROMBOCITOPENIA CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA: Recetado por un hematólogo, un hepatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos. TROMBOCITOPENIA INMUNE CRÓNICA: Recetado por un hematólogo o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

TROMBOCITOPENIA CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA: 4 semanas. TROMBOCITOPENIA INMUNE CRÓNICA: 12 meses.

#### **Otros Criterios:**

TROMBOCITOPENIA CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA: Para afiliados con conteo de plaquetas menor de  $40 \times 10^9/L$ , falta de eficacia con Mupleta a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. TROMBOCITOPENIA INMUNE CRÓNICA: falta de eficacia con un corticosteroide (p. ej., prednisona, metilprednisolona, o dexametasona) a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

DOXEPIIN

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ELIDEL

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos corticoesteroides tópicos de potencia media a alta (p. ej., amcinonida, propionato de fluticasona, acetónida de triamcinolona, valerato de betametasona, acetónida de fluocinolona, butirato de hidrocortisona, furoato de mometasona, desoximetasona, fluocinonida o dipropionato de betametasona), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

EMEND 40 MG

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Cuatro semanas.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

EMFLAZA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Diagnóstico de Distrofia muscular de Duchenne (DMD) confirmado por uno de los siguientes: Pruebas genéticas (hallazgo de mutación por eliminación o duplicación de la distrofina), O BIEN, si los estudios genéticos son negativos (no se identifican mutaciones), biopsia muscular positiva (ausencia de la proteína distrofina).

#### **Restricciones de Edad:**

2 años de edad o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con prednisona, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

EMGALITY

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

MIGRAÑA, PROFILAXIS: El afiliado sufre 4 o más días con migraña al mes durante al menos 3 meses. CEFALEA EN BROTES EPISÓDICA: El afiliado sufre 1 o más ataques de cefalea en brotes día por medio y no más de 8 ataques de cefalea en brotes por día, con un total de al menos 5 ataques anteriores. El afiliado ha tenido al menos 2 períodos de ataques de cefalea en brotes que duraron 1 año o menos cada uno y aparecieron con una diferencia de al menos 3 meses. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA, MIGRAÑA, PROFILAXIS: El afiliado responde de manera positiva a la terapia, según lo demuestra una reducción en los días de migraña al mes en relación con el valor inicial. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA, CEFALEA EN BROTES EPISÓDICA: El afiliado responde de manera positiva a la terapia, según lo demuestra una reducción en la frecuencia de los ataques de cefalea en brotes. El afiliado no ha recibido más de 12 meses consecutivos de tratamiento, O BIEN, han pasado al menos 3 meses desde que el afiliado recibió Emgality por última vez.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo, un especialista en dolor de cabeza o un especialista en dolor, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

Inicial: 3 meses. Reautorizaciones: 6 meses.

#### **Otros Criterios:**

MIGRAÑA, PROFILAXIS: Falta de eficacia con dos de las siguientes terapias orales de prevención de migrañas, cada una de diferentes clases terapéuticas, a menos que estén contraindicadas o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: medicamentos antiepilépticos (p. ej., divalproex sódico, valproato sódico, topiramato), betabloqueantes (p. ej., metoprolol, propranolol, timolol), antidepresivos (p. ej., amitriptilina, venlafaxina).

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ENBREL

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Hidradenitis supurativa.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ARTRITIS PSORIÁSICA, PSORIASIS EN PLACAS: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste. HIDRADENITIS SUPURATIVA: Recetado por un reumatólogo, un dermatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. PSORIASIS EN PLACAS: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ENDARI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

5 años o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con hidroxiurea, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ENTRESTO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual al 35%.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un cardiólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ENTYVIO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con Humira o Remicade, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

EPCLUSA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Tratamiento del HCV genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6, con cirrosis descompensada y falta de eficacia del tratamiento con sofosbuvir o NS5A.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSA, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

De 12 a 24 semanas según el estado de la cirrosis, el genotipo, el tratamiento previo o la elegibilidad para ribavirina.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

EPIDIOLEX

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Edad mayor o igual a 2 años.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

El síndrome de Lennox-Gastaut: se utilizarán como tratamiento adyuvante con otros fármacos antiepilépticos (p. ej., topiramate, lamotrigine, felbamate, rufinamide, clobazam, or clonazepam).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

EPOETIN

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Anemia causada por síndrome mielodisplásico. Anemia asociada a mielofibrosis. Anemia secundaria a terapia combinada con ribavirina e interferón-alfa en pacientes infectados con el virus de la hepatitis C.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ERGOLOID MESYLATES

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Demencia de Alzheimer: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: donepezil, memantina, rivastigmina o galantamina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ERLEADA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Uso simultáneo de un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (por sus siglas en inglés, GnRH), o bien, orquiectomía bilateral anterior. La enfermedad no es metastásica.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ESBRIET

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ESTROGENS

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Vaginitis Atrófica y Craurosis Vulvar: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Estradiol (tabletas vaginales), Femring o Premarin (crema vaginal).



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

EXONDYS 51

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Distrofia muscular de Duchenne con mutación apta para terapia de omisión del exón 51 que se ha confirmado con pruebas genéticas.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

6 meses.

#### **Otros Criterios:**

Actualmente estable con un régimen de corticoesteroides orales (p. ej., prednisona), a menos que esté contraindicado o el afiliado haya experimentado efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FARYDAK

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un hematólogo o un oncólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos regímenes anteriores, incluyendo Velcade y un agente inmunomodulador (p. ej., dexametasona), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FASENRA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Recuento de eosinófilos en sangre mayor o igual a 150 células/mcL dentro de los últimos 3 meses.

#### **Restricciones de Edad:**

12 años de edad o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un alergista, un neumólogo o un inmunólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con UN corticoesteroide inhalado (p. ej., beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos Y Recetado en combinación con UN agonista beta de acción prolongada (p. ej., salmeterol, formoterol, vilanterol), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FERRIPROX

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con deferoxamina, Exjade o Jadenu, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FIORINAL WITH CODEINE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con naproxeno e ibuprofeno, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FIRAZYR

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

18 años o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un inmunólogo, un alergista, un hematólogo o un reumatólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FIRDAPSE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de una evaluación clínica inicial de fuerza muscular (los ejemplos pueden incluir, pero no se limitan a, la puntuación Cuantitativa de Miastenia Gravis [por sus siglas en inglés, QMG], una prueba triple cronometrada de levántate y anda [por sus siglas en inglés, 3TUG], una prueba de Caminata Cronometrada de 25 pies [por sus siglas en inglés, T25FW]). CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado está respondiendo de manera positiva a la terapia según se evidencia en las evaluaciones clínicas de fuerza muscular.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FLECTOR

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Dolor neuropático relacionado con el cáncer.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Dolor Agudo: 4 semanas. Dolor neuropático relacionado con el cáncer. Hasta el final del año del contrato del Plan.

#### **Otros Criterios:**



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FLUOROURACIL

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

FORTEO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

La duración total de la terapia con análogos de la hormona paratiroidea o PTH (p. ej., Tymlos, Forteo) no ha excedido los 2 años.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

El afiliado cumple uno de los siguientes criterios (a o b): a) Recetado por un ginecólogo, un endocrinólogo, un reumatólogo, un geriatra, in ortopedista, o un fisiatra, o bien, en consulta con éstos O b) Falta de eficacia con un bisfosfonato (p. ej., alendronato), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GALAFOLD

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Variantes (mutaciones) del gen GLA susceptibles, asociadas con fenotipos benignos (es decir, fenotipos que se sabe que no causan la enfermedad de Fabry), incluyendo la siguiente mutación de GLA: c.937G to T, (p.(D313Y)).

#### **Información Médica Requerida:**

Presencia de al menos una variante (mutación) del gen GLA susceptible según lo confirmado por uno de los siguientes recursos: Folleto Informativo para Recetar Galafold (prospecto - Sección 12, Tabla 2), Herramienta de Búsqueda de la Variante del Gen GLA para la Enfermedad Fabry de Amicus:

<http://www.fabrygenevariantsearch.com/hcp>, o Información Médica de Amicus en el número de teléfono 1-877-4AMICUS o en el sitio Web [medinfousa@amicusrx.com](mailto:medinfousa@amicusrx.com).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un genetista clínico o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GANCICLOVIR

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GATTEX

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GILENYA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Intervalo QTc inicial mayor o igual a 500 mseg.

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GILOTRIF

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: la histología es carcinoma de célula escamosa o la enfermedad es positiva en relación con cualquiera de las mutaciones sensibilizadoras de EGFR (p. ej., eliminación o inserción del exón 19, mutación puntual del exón 21 (L858R, L861Q), mutación puntual del exón 18 (G719X), mutación puntual del exón 20 (S768I).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GLATIRAMER

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GLYBURIDE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: glipizida o un producto que combine glipizida/metformina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GLYBURIDE/METFORMIN

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: glipizida o un producto que combine glipizida/metformina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

GRANIX

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Síndrome mielodisplásico.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HARVONI

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Tratamiento del HCV genotipo 1, 4, 5 o 6, con cirrosis descompensada y falta de eficacia del tratamiento con sofosbuvir o NS5A. Tratamiento del HCV genotipo 4, 5 o 6 con cirrosis descompensada. Tratamiento del HCV genotipo 5 o 6 en receptores de trasplante de hígado.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSA, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

De 8 a 24 semanas según el estado de la cirrosis, el genotipo, el tratamiento previo o la elegibilidad para ribavirina.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HERCEPTIN

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de que el paciente tiene cáncer positivo en relación con el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HETLIOZ

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HUMAN GROWTH HORMONE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DEFICIENCIA DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO, DEFICIENCIA DE SHOX EN NIÑOS: La estatura inicial debe ser mayor de 2 desviaciones estándar por debajo del promedio para el sexo y la edad. La tasa de crecimiento es tal que el afiliado probablemente no logre una estatura adulta en el rango normal - 59 pulgadas para las mujeres y 63 pulgadas para los varones. SÍNDROME DE TURNER: Confirmado mediante cariotipado. SÍNDROME DE PRADER-WILLI o NOONAN: La estatura inicial debe ser menor del percentil 5 para el sexo y la edad, O BIEN, 2 o más desviaciones estándar por debajo de la estatura promedio del padre. La tasa de crecimiento es tal que el afiliado probablemente no logre una estatura adulta en el rango normal - 59 pulgadas para las mujeres y 63 pulgadas para los varones.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Deficiencia de la Hormona del Crecimiento en Adultos: 12 meses. Desgaste o Caquexia en VIH, Niños: 6 meses.

#### **Otros Criterios:**

Desgaste o Caquexia en VIH: El afiliado está siendo tratado con terapia antivírica concomitante.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HUMIRA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ARTRITIS PSORIÁSICA, PSORIASIS EN PLACAS: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. ENFERMEDAD DE CROHN, COLITIS ULCEROSA: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste. ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste. HIDRADENITIS SUPURATIVA: Recetado por un reumatólogo, un dermatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. PSORIASIS EN PLACAS: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HYDROCODONE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

3 meses iniciales para el dolor no maligno, luego 12 meses. 12 meses para el dolor causado por el cáncer.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: MS Contin, Kadian, Duragesic, Opana ER, Avinza u Oxycontin.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HYDROXYZINE HCL

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Prurito: Falta de eficacia con uno de los siguientes agentes tópicos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: betametasona, hidrocortisona, triamcinolona, fluticasona, clobetasol, fluocinonida o fluocinolona. Ansiedad: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: venlafaxina, buspirona, duloxetina o escitalopram. Todas las demás indicaciones aprobadas por la FDA: El paciente continúa con este medicamento sin efectos adversos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HYDROXYZINE HCL INJECTION

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

HYDROXYZINE PAMOATE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Prurito: Falta de eficacia con uno de los siguientes agentes tópicos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: betametasona, hidrocortisona, triamcinolona, fluticasona, clobetasol, fluocinonida o fluocinolona. Ansiedad: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: venlafaxina, buspirona, duloxetina o escitalopram. Todas las demás indicaciones aprobadas por la FDA: El paciente continúa con este medicamento sin efectos adversos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ICLUSIG

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Leucemia Linfoblástica Aguda (por sus siglas en inglés, ALL): Documentación de enfermedad del cromosoma Filadelfia positivo (Ph+).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

IDHIFA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Presencia de una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Para edad menor de 60 años, la enfermedad es recurrente o refractaria después del tratamiento con un régimen de quimioterapia de primera línea (p. ej., citarabina, idarrubicina, daunorrubicina, Vyxeos, cladribine, Rydapt, Mylotarg).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ILARIS

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Artritis gotosa aguda.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación del peso actual.

#### **Restricciones de Edad:**

Síndromes Periódicos Asociados a Criopirina: 4 años o más. Todas las demás indicaciones cubiertas: 2 años o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA: Recetado por un dermatólogo, un reumatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES CUBIERTAS: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ILUMYA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina. Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Cosentyx, Humira, Inflectra, Remicade, Stelara, Taltz, and Tremfya.



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

IMATINIB

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

IMBRUVICA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA: Recetado por un oncólogo, un hematólogo o un especialista en trasplante de médula ósea, o en consulta con éstos. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES: Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO: El afiliado ha recibido al menos una terapia anterior (p. ej., Rituxan, vincristina, citarabina, cisplatino, doxorubicina, Treanda). LINFOMA DE LA ZONA MARGINAL: El afiliado ha recibido al menos una terapia anterior con anti-CD20.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

IMIPRAMINE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Depresión: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: bupropión, bupropión SR, bupropión XL, citalopram, succinato de desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, mirtazapina, sertralina, venlafaxina o venlafaxina XR.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

INDOMETHACIN

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con naproxeno y sulindaco, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

INFLECTRA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Artritis Psoriásica/Psoriasis en Placas: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. Enfermedad de Crohn/Colitis Ulcerosa: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste. Artritis Reumatoidea/Espondilitis Anquilosante: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Artritis Reumatoidea: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. Psoriasis en Placas: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

INLYTA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CARCINOMA FOLICULAR, CARCINOMA DE CÉLULAS HURTHLE, CARCINOMA PAPILAR: La enfermedad es refractaria al yodo e inextirpable o metastásica.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

INREBIC

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

MIELOFIBROSIS: Confirmación de un nivel de tiamina reciente (dentro de los 30 días) 70 nmol/L (3 mcg/dL) o mayor. Confirmación de un nivel de recuento plaquetario reciente (dentro de los 30 días) 50,000/mcL o mayor.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un hematólogo o un oncólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

INTERFERON BETA-1A

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

INTERFERON BETA-1B

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

INTUNIV

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Trastorno de Hiperactividad con Déficit en la Atención Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: dexmetilfenidato, metilfenidato o sales mixtas de anfetamina.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

JAKAFI

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

POLICITEMIA VERA: Falta de eficacia con hidroxiurea, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

JUXTAPID

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con Repatha 420 mg, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

JYNARQUE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un nefrólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

KADCYLA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Kadcyla se usará como terapia de agente único.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

KALYDECO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Pacientes con fibrosis quística que son homocigotos para la mutación delF508.

#### **Información Médica Requerida:**

Presencia de una mutación en el gen CFTR que responde a ivacaftor, según lo detectado en una prueba de mutación de fibrosis quística aprobada por la FDA.

#### **Restricciones de Edad:**

6 meses de edad o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

KETOROLAC TROMETHAMINE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Pacientes con enfermedad de úlcera péptica activa. Problemas renales avanzados o en riesgo de insuficiencia renal debido a una reducción del volumen. Sospecha o confirmación de hemorragia cerebrovascular, diátesis hemorrágica, hemostasia incompleta y personas en alto riesgo de hemorragia. Pacientes que actualmente reciben aspirina o antiinflamatorios no esteroideos (por sus siglas en inglés, NSAID). Pacientes que actualmente reciben Probenecid o pentoxifilina.

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

5 días.

#### **Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

KEVZARA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

KISQALI

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

El cáncer de seno es positivo para receptores hormonales (por sus siglas en inglés, HR), negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2) y avanzado o metastásico.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Para Kisqali: Recetado en combinación con un inhibidor de la aromatasa (p. ej., letrozol, anastrozol o exemestano), fulvestrant o tamoxifeno. Si se receta en combinación con tamoxifeno: La justificación médica respalda la necesidad del uso de tamoxifeno por encima de un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Para hombres que reciben un inhibidor de la aromatasa: Recetado en combinación con un agente que suprime la esteroidogénesis testicular (p. ej., agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

KORLYM

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Embarazo.

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

KUVAN

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Documentación de una reducción en los niveles de fenilalanina en sangre desde el inicio de la terapia.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Inicial: 3 meses. Reautorización: 12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

KYNAMRO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con Repatha 420 mg, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LATUDA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes antipsicóticos atípicos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LAZANDA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

18 años o más

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Hasta el final del año de contrato del Plan.

#### **Otros Criterios:**

El paciente ya está tomando y tolera la terapia con opiáceos durante las 24 horas. Se considera que los pacientes toleran los opiáceos cuando han tomado otro opiáceo a diario durante una semana o más (por ejemplo, al menos 60 mg de morfina oral por día o una dosis equianalgésica de otro opiáceo).

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LEMTRADA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con DOS de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Aubagio, Tecfidera, Gilenya, Avonex, Betaseron, Plegridy, glatiramer, Copaxone, Glatopa, Extavia o Rebif.



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LENVIMA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: Recetado en combinación con Afinitor Y si la histología es de células claras o desconocida, falta de eficacia a un régimen que contiene o incluye uno de los siguiente medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Avastin, Cabometyx, Inlyta, Nexavar, Opdivo, Proleukin, Sutent, Tarceva, Torisel, Votrient o Yervoy. CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES:

Falta de eficacia con Cometriq o Caprelsa, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LEUKINE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Se usa Después de la Quimioterapia de Inducción en Leucemia Mielógena Aguda, Se usa en la Movilización y Después del Trasplante de Células Progenitoras Autólogas de Sangre Periférica, Se usa en la Reconstitución Mieloide Después de un Trasplante Autólogo o Alogénico de Médula Ósea, Síndrome radiactivo agudo: Falta de eficacia con Neupogen, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LIDODERM

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Neuropatía diabética periférica. Dolor neuropático relacionado con el cáncer.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LONSURF

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER COLORRECTAL: Documentación de que el paciente tiene o no el gen RAS (KRAS o NRAS) de tipo natural. CÁNCER GÁSTRICO, ADENOCARCINOMA GASTROESOFÁGICA: Documentación de que el paciente tiene o no el tumor HER2/neu positivo.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CÁNCER COLORRECTAL: Si el tumor expresa el gen RAS de tipo natural, falta de eficacia con Erbitux o Vectibix, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.  
CÁNCER GÁSTRICO, ADENOCARCINOMA GASTROESOFÁGICA: Si el tumor es HER2/neu positivo (p. ej., sobreexpresan el HER2/neu), falta de eficacia con Herceptin, a menos que dicho medicamento esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LORBRENA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: La enfermedad es ALK o ROS1-positiva.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Para la enfermedad es ALK-positiva: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Alecensa, Alunbrig, Zykadia. Para la enfermedad es ROS1-positiva: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Xalkori, Zykadia.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LOTRONEX

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Pacientes hombres.

#### **Información Médica Requerida:**

Pacientes mujeres con síntomas de intestino irritable persistente durante al menos 6 meses.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LUCEMYRA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Diagnóstico de dependencia de opioides (puede limitarse a la tolerancia/dependencia fisiológica) o trastorno por consumo de opioides. El afiliado se acaba de someter o se someterá a una interrupción abrupta de opioides dentro de los próximos siete días y uno de los siguientes: el afiliado ha tomado uno o más opioides durante al menos las últimas tres semanas, O BIEN, se le ha administrado o se le administrará un antagonista de opioides (p. ej., naltrexona) después de un período de consumo de opioides. La justificación médica respalda por qué no se puede usar una disminución progresiva de opioides (p. ej., con buprenorfina, metadona u otro opioide). Lucemyra no se ha recetado para un evento previo de abstinencia de opioides dentro de los últimos 30 días o una justificación médica respalda un nuevo tratamiento.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por o en consulta con un médico especializado en una de las siguientes áreas: atención para pacientes hospitalizados/medicina de emergencia, control del dolor, psiquiatría de adicciones.

#### **Duración de la Cobertura:**

14 days per course of treatment.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LYNPARZA CAPSULE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Mutaciones en los genes BRCA según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

LYNPARZA TABLET

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Cáncer de ovarios, cáncer de trompas de falopio o cáncer peritoneal primario: Mutaciones en los genes de BRCA, O BIEN, la afiliada tiene una respuesta completa o parcial a dos o más regímenes de quimioterapia basados en platino. Cáncer de Seno: Mutaciones en los genes de BRCA y documentación de enfermedad negativa en relación con el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MAVENCLAD

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado aún no ha recibido 2 tratamientos (4 ciclos) en total de por vida.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECIDIVANTE: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Aubagio, Tecfidera, Gilenya, Avonex, Betaseron, Plegridy, Copaxone, Glatopa, Extavia o Rebif.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MAVYRET

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Pacientes que recibieron tratamiento previo con un inhibidor de la proteasa NS3/4A y con un inhibidor de la NS5A.

#### **Información Médica Requerida:**

Si el paciente presenta cirrosis, confirmación del estado de Child-Pugh A. Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSAs, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

De 8 a 16 semanas según el genotipo, el estado de la cirrosis, el régimen del tratamiento previo.

#### **Otros Criterios:**

Si el afiliado ha sido tratado anteriormente con un régimen de HCV que contenía un inhibidor de la NS5A o un inhibidor de la proteasa NS3/4A, pero no ambos, el afiliado tiene genotipo 1.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MEGACE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE SENO Y CÁNCER DE ENDOMETRIO: Se usa acetato de megestrol como tratamiento paliativo.

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ANOREXIA Y CAQUEXIA ASOCIADAS CON EL SIDA: Falta de eficacia con dronabinol y oxandrolona, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MEGACE ES

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE SENO Y CÁNCER DE ENDOMETRIO: Se usa acetato de megestrol como tratamiento paliativo.

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ANOREXIA Y CAQUEXIA ASOCIADAS CON EL SIDA: Falta de eficacia con dronabinol y oxandrolona, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MEKINIST

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Melanoma maligno uveal.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

MELANOMA: Positivo en relación con la mutación de BRAF V600E o V600K. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, CÁNCER ANAPLÁSICO TIROIDEO: Positivo en relación con la mutación de BRAF V600E.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, CÁNCER ANAPLÁSICO TIROIDEO: Recetado en combinación con Tafinlar.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MEKTOVI

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Positivo en relación con la mutación de BRAF V600E o V600K.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con Braftovi.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

METAXALONE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

METHAMPHETAMINE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

Tratamiento de la obesidad.

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

METHOCARBAMOL

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

METHOTREXATE INJ

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

Falta de eficacia con metotrexato genérico (inyección), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MIRVASO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Eritema de rosácea con pápulas o pústulas: Falta de eficacia con metronidazol tópico, doxiciclina oral o Finacea, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MOZOBIL

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Debe administrarse en combinación con un factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) (p. ej., Neupogen, Zarxio, Granix, o Nivestym).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

MULPLETA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Conteo de plaquetas reciente (dentro de los últimos 14 días) menor de  $50 \times 10^9/L$ . El afiliado tiene programado un procedimiento médico o dental dentro de los siguientes 30 días.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo, un hematólogo o un hepatólogo, o en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

4 semanas.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NAMENDA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Demencia vascular.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 59 años o menos, se requiere autorización previa. Para pacientes de 60 años o más, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NATPARA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NERLYNX

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Cáncer de seno positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con capecitabina para la metástasis cerebral recurrente, O BIEN, Documentación de tratamiento previo con trastuzumab como terapia complementaria y la enfermedad es positiva con respecto a receptores hormonales o está en una etapa temprana (etapa 1-3).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NEULASTA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Movilización de células progenitoras de sangre periférica antes de un trasplante autólogo. Atención de apoyo después de un trasplante autólogo de células hematopoyéticas.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NEUPOGEN

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Síndrome mielodisplásico. Neutropenia en pacientes con VIH/SIDA.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NINLARO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

MIELOMA MÚLTIPLE: Recetado en combinación con dexametasona.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NITROFURANTOIN

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Enfermedad infecciosa del tracto urinario, Tratamiento agudo: Falta de eficacia con UNO de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: sulfametoxazol/trimetoprima o ciprofloxacina. Enfermedad infecciosa del tracto urinario, Profilaxis: El paciente continúa con este medicamento sin efectos adversos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NIVESTYM

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Síndrome mielodisplásico. Neutropenia en pacientes con VIH/SIDA. Síndrome hematopoyético del síndrome de irradiación aguda.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NONPREFERRED

#### **Usos Cubiertos:**

Consulte la Guía de Criterios de la Lista de Medicamentos Preferidos en el sitio Web del Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Consulte la Guía de Criterios de la Lista de Medicamentos Preferidos en el sitio Web del Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NORTHERA

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NUBEQA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Uso simultáneo de un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (por sus siglas en inglés, GnRH) (p. ej., Zoladex, Vantas, leuprolide/Lupron Depot, Eligard, Trelstar, Firmagon), o bien, orquiectomía bilateral anterior. La enfermedad no es metastásica.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NUCALA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Recuento de eosinófilos en sangre mayor o igual a 150 células/mcL dentro de los últimos 3 meses.

#### **Restricciones de Edad:**

ASMA: 12 años de edad o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ASMA: Recetado por un alergista, un neumólogo o un inmunólogo, o bien, en consulta con éstos.

GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS: Recetado por un neumólogo, un inmunólogo, un reumatólogo o un nefrólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ASMA: Recetado en combinación con UN corticoesteroide inhalado (p. ej., beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos Y Recetado en combinación con UN agonista beta de acción prolongada (p. ej., salmeterol, formoterol, vilanterol), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS: Falta de eficacia con UN glucocorticoide, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NUEDEXTA

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NUPLAZID

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

NUZYRA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Solicitud para continuar con la terapia iniciada en un hospital de atención aguda del cual se le dio de alta al afiliado, O BIEN, el informe de Cultivo y sensibilidad (por sus siglas en inglés, C&S) de la infección actual muestra que el patógeno aislado es un organismo sensible a la omadaciclina, a menos que el proveedor envíe documentación de que no es posible obtener un informe de C&S.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

14 días.

#### **Otros Criterios:**

Para los afiliados que inician la terapia con Nuzyra fuera de un hospital de atención aguda, uno de los siguientes (a, b, o c): a) Si se encuentra disponible un informe de C&S: Falta de eficacia de 2 antibióticos a los que es sensible el patógeno aislado (si se encuentra disponible) según el informe de C&S, a menos que todos estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. b) El informe de C&S demuestra resistencia o falta de sensibilidad del patógeno aislado a todos los antibióticos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) para el diagnóstico del afiliado. c) Si el proveedor documenta que no es posible obtener un informe de C&S: Falta de eficacia de 2 antibióticos indicados para el diagnóstico del afiliado (si se encuentra disponible), a menos que todos estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

OALIVA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Se debe usar en combinación con el ácido ursodesoxicólico a menos que el paciente sea intolerante al ácido ursodesoxicólico.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

OCREVUS

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Formas Recurrentes De Esclerosis Múltiple: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Aubagio, Tecfidera, Gilenya, Avonex, Betaseron, Plegridy, glatiramer, Copaxone, Glatopa, Extavia o Rebif.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ODOMZO

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

OFEV

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

OLUMIANT

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. Falta de eficacia con al menos un inhibidor TNF, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

OPSUMIT

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ORENITRAM

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ORLISSA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Para solicitudes de 200 mg dos veces al día, afiliadas con osteoporosis.

#### **Información Médica Requerida:**

Continuidad de la terapia: mejoría en dismenorrea, dispareunia, dolor/induración/sensibilidad en la zona pélvica o tamaño de lesiones endometriales. La duración total de la terapia no ha excedido los 6 meses para la dosis de 200 mg dos veces al día o 24 meses para la dosis de 150 mg una vez al día.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un ginecólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

Hasta 6 meses para 200 mg dos veces al día o hasta 12 meses para 150 mg una vez al día.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con UN medicamento antiinflamatorio no esteroideo (p. ej., ibuprofeno, naproxeno, fenoprofeno, ketoprofeno, ácido mefenámico, meclofenamato, indometacina, tolmetina, diclofenaco, etodolac, diflunisal, meloxicam, piroxicam) o UN agente que contiene progestina (p. ej., noretindrona, etinilestradiol con [desogestrel, etinodiol diacetato, drospirenona, etonogestrel, levonorgestrel, norelgestromina, noretindrona, norgestimato o norgestrel], valerato de estradiol/dienogest, mestranol/noretindrona, acetato de medroxiprogesterona depot inyectable), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ORKAMBI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Presencia de la mutación de delF508 homocigota en una prueba de mutación de la fibrosis quística aprobada por la FDA.

#### **Restricciones de Edad:**

2 años de edad o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

OXERVATE

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oftalmólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PALYNZIQ

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

El nivel en sangre de fenilalanina (Phe) reciente (dentro de los 90 días) es superior a 600 micromol/L.

CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Respuesta positiva según se evidencia por uno de los siguientes: a) El nivel de Phe en sangre ha disminuido por al menos el 20% desde el valor inicial previo al tratamiento, b) El nivel de Phe en sangre es inferior o igual a 600 micromol/L, c) El afiliado ha estado usando 20 mg por día durante al menos 6 meses, pero se solicita un ajuste de la dosis a 40 mg por día después una falta de eficacia para alcanzar las metas terapéuticas (a o b más arriba).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un endocrinólogo, un especialista en enfermedades metabólicas, o un especialista genético, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PERSERIS

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

El afiliado cumple uno de los siguientes criterios (a o b): a) La terapia se inició en un entorno para pacientes hospitalizados durante una administración hospitalaria reciente (dentro de los 60 días), O b) Falta de eficacia con dos de los siguientes antipsicóticos atípicos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: aripiprazol, ziprasidona, quetiapina, olanzapina, risperidona, asenapine, iloperidone, paliperidone.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PHENOBARBITAL

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Convulsiones parciales: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: carbamazepina, fenitoína, topiramato, tiagabina, levetiracetam, gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, primidona o divalproex. Convulsiones generalizadas: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: carbamazepina, fenitoína, topiramato, levetiracetam, primidona o lamotrigina.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PIQRAY

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Resultado positivo en relación con receptores hormonales (HR) (p. ej., positivo en relación con el receptor de estrógeno o progesterona [por sus siglas en inglés, ER/PR]), negativo en relación con HER2, avanzado (localmente recurrente) o metastásico, y positivo en relación con la mutación de PIK3CA.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con fulvestrant después de la progresión de la enfermedad con una terapia endocrina (p. ej., anastrozol, exemestano, fulvestrant, toremifeno, letrozol, tamoxifeno o acetato de megestrol).

## Protocolo de Autorización Previa

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PRALUENT

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

HIPERLIPIDEMIA PRIMARIA DE ORIGEN GENÉTICO (INCLUYENDO HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA): Confirmación (p. ej., expedientes médicos, notas de registro, valores de laboratorio) de nivel de LDL sugestivo de un diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (p. ej., adultos: LDL de 190 mg/dL o más). HIPERLIPIDEMIA PRIMARIA DE ORIGEN NO GENÉTICO: La solicitud cumple con los dos requisitos siguientes (a y b): a) Confirmación de nivel de LDL de 100 mg/dL o más Y b) se ha descartado un diagnóstico de hiperlipidemia secundaria con confirmación de ausencia de todas las posibles causas siguientes de colesterol elevado (a-e): a) hipotiroidismo, b) enfermedad hepática obstructiva, c) enfermedad renal, d) nefrosis, e) medicamentos que pueden aumentar los niveles de lípidos, incluyendo pero sin limitarse a: glucocorticoides, hormonas sexuales, antipsicóticos, antirretrovíricos, agentes inmunosupresores, derivados del ácido retinoico. HIPERCOLESTEROLEMIA CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIOESCLERÓTICA (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, ASCVD) CLÍNICA: Confirmación de un nivel de LDL de 70 mg/dL o mayor Y antecedentes de ASCVD clínica definida como uno de los siguientes: Síndromes coronarios agudos, Infarto de Miocardio, Angina estable o inestable, Revascularización coronaria o de otras arterias (p. ej., intervención coronaria percutánea o cirugía de derivación de la arteria coronaria con injerto), Derrame cerebral, Enfermedad arterial periférica que se presume de origen arterioesclerótico, Ataque isquémico transitorio (por sus siglas en inglés, TIA), Enfermedad cardiocoronaria (por sus siglas en inglés, CHD) clínicamente significativa diagnosticada por pruebas invasivas o no invasivas (como angiografía coronaria, prueba de esfuerzo con cinta caminadora, ecocardiograma de esfuerzo o estudios por imágenes nucleares), Oclusión de la arteria carótida mayor del 50% sin síntomas, Estenosis de la arteria renal o procedimiento de colocación de estent en la arteria renal. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Confirmación de reducción del LDL durante la terapia con Praluent Y, si se tolera, confirmación de continuidad de la terapia con estatinas en la dosis máxima tolerada.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un cardiólogo, un endocrinólogo o un especialista en lípidos, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

6 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos en las dosis máximas toleradas, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: atorvastatina, rosuvastatina, simvastatina, ezetimiba/simvastatina, pitavastatina, pravastatina, fluvastatina o lovastatina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PREVYMIS

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

El afiliado recibe pimozida o alcaloides ergóticos. El afiliado recibe ciclosporina administrada conjuntamente con pitavastatina o simvastatina.

#### **Información Médica Requerida:**

Prevymis por vía intravenosa (IV): Justificación médica de por qué el afiliado no puede usar terapia oral.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo, un hematólogo, un especialista en enfermedades infecciosas o un especialista en trasplantes, o en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

Hasta el día 100 después del trasplante.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con valaciclovir genérico o ganciclovir genérico, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PROLASTIN C

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neumólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PROLIA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Hipocalcemia (a menos que se corrija antes de iniciar la terapia).

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Para hombres con cáncer de próstata no metastásico: Está recibiendo o ha recibido terapia de privación de andrógenos [p. ej., leuprolida (Lupron), bicalutamida (Casodex) o Nilandron]. Para mujeres con cáncer de seno: Está recibiendo o ha recibido terapia complementaria con un inhibidor de la aromatasa [p. ej., anastrozol (Arimidex), exemestano (Aromasin) o letrozol (Femara)].

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PROMACTA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Trombocitopenia en Hepatitis C Crónica: Documentación de tratamiento actual o planeado de la hepatitis C crónica con interferón.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Trombocitopenia Crónica Inmune (Idiopática): Falta de eficacia con un corticosteroide (p. ej., prednisona, metilprednisolona o dexametasona), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PROTOPIC

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Tacrolimus 0.1%: 16 años o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos corticoesteroides tópicos de potencia media a alta (p. ej., amcinonida, propionato de fluticasona, acetona de triamcinolona, valerato de betametasona, acetona de fluocinolona, butirato de hidrocortisona, furoato de mometasona, desoximetasona, fluocinonida o dipropionato de betametasona), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PROVIGIL

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Fatiga relacionada con la esclerosis múltiple.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

PURIXAN

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Linfoma linfoblástico.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

El afiliado tiene un trastorno en la deglución documentado o una incapacidad para tragar las tabletas o las cápsulas.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con mercaptopurina (tabletas), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

QUALAQUIN

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Babesiosis. Malaria por plasmodium vivax.

#### **Criterios de Exclusión:**

Para el tratamiento o la prevención de calambres nocturnos en las piernas.

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Malaria: 7 días. Babesiosis: De 7 a 10 días.

#### **Otros Criterios:**

Malaria por plasmodium vivax: La infección es resistente a la cloroquina.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

RADICAVA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Capacidad vital forzada superior o igual al 80%, duración de la enfermedad inferior o igual a 2 años, funcionalmente mantiene su desempeño en la mayoría de las actividades de la vida diaria (que se define como puntuación inicial de la Escala revisada de Valoración Funcional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (por sus siglas en inglés, ALSFRS-R) con un valor superior o igual a 2 puntos en cada uno de los 12 artículos, cumple con los criterios de diagnóstico para esclerosis lateral amiotrófica (por sus siglas en inglés, ALS) confirmada o probable según los criterios revisados de El Escorial. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado mantiene su desempeño en la mayoría de las actividades de la vida diaria, una capacidad vital forzada superior o igual al 80% y una puntuación de la ALSFRS-R superior o igual a 2 puntos en cada uno de los 12 artículos.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

6 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con riluzol, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

RAYALDEE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

El paciente tiene enfermedad renal crónica (por sus siglas en inglés, CKD) en etapa 3 o 4 y un nivel sérico total de 25-hidroxivitamina D inferior a 30 ng/mL.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

REMICADE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Granulomatosis de Wegener.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Artritis Psoriásica/Psoriasis en Placas: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. Enfermedad de Crohn/Colitis Ulcerosa: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste. Artritis Reumatoidea/Espondilitis Anquilosante: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Artritis Reumatoidea: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxiclороquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. Psoriasis en Placas: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

## Protocolo de Autorización Previa

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

REPATHA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

HIPERLIPIDEMIA PRIMARIA DE ORIGEN GENÉTICO (INCLUYE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA U HOMOCIGOTA): Confirmación (p. ej., expedientes médicos, notas de registro, valores de laboratorio) de nivel de LDL sugestivo de un diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (p. ej., adultos: LDL de 190 mg/dL o más). HIPERLIPIDEMIA PRIMARIA DE ORIGEN NO GENÉTICO: La solicitud cumple con los dos requisitos siguientes (a y b): a) Confirmación de nivel de LDL de 100 mg/dL o más Y b) se ha descartado un diagnóstico de hiperlipidemia secundaria con confirmación de ausencia de todas las posibles causas siguientes de colesterol elevado (a-e): a) hipotiroidismo, b) enfermedad hepática obstructiva, c) enfermedad renal, d) nefrosis, e) medicamentos que pueden aumentar los niveles de lípidos, incluyendo pero sin limitarse a: glucocorticoides, hormonas sexuales, antipsicóticos, antirretrovíricos, agentes inmunosupresores, derivados del ácido retinoico. HIPERCOLESTEROLEMIA CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIOESCLERÓTICA (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, ASCVD) CLÍNICA: Confirmación de un nivel de LDL de 70 mg/dL o mayor Y antecedentes de ASCVD clínica definida como uno de los siguientes: Síndromes coronarios agudos, Infarto de Miocardio, Angina estable o inestable, Revascularización coronaria o de otras arterias (p. ej., intervención coronaria percutánea o cirugía de derivación de la arteria coronaria con injerto), Derrame cerebral, Enfermedad arterial periférica que se presume de origen arterioesclerótico, Ataque isquémico transitorio (por sus siglas en inglés, TIA), Enfermedad cardiocoronaria (por sus siglas en inglés, CHD) clínicamente significativa diagnosticada por pruebas invasivas o no invasivas (como angiografía coronaria, prueba de esfuerzo con cinta caminadora, ecocardiograma de esfuerzo o estudios por imágenes nucleares), Oclusión de la arteria carótida mayor del 50% sin síntomas, Estenosis de la arteria renal o procedimiento de colocación de estent en la arteria renal. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Confirmación de reducción del LDL durante la terapia con Repatha Y, si se tolera, confirmación de continuidad de la terapia con estatinas en la dosis máxima tolerada.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un cardiólogo, un endocrinólogo o un especialista en lípidos, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

6 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos en las dosis máximas toleradas, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: atorvastatina, rosuvastatina, simvastatina, ezetimiba/simvastatina, pitavastatina, pravastatina, fluvastatina o lovastatina.



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

RESTASIS

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con un oftálmicas agente antiinflamatorios (p. ej., corticosteroide, lifitegrast), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

REVATIO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con nitratos (p. ej., Nitrodur, Nitrobid, Nitrostat, Isordil, Ismo). Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con un estimulador de la guanilato ciclasa, como riociguat (Adempas).

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

REVCOVI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un inmunólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

REVLIMID

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

Afiliadas que estén embarazadas.

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

REXULTI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con aripiprazol y uno de los siguientes antipsicóticos atípicos genéricos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ROZLYTREK

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS POSITIVO EN RELACIÓN CON ROS1:  
Confirmación de una mutación de ROS1. El afiliado no ha recibido una terapia previa específica para ROS1 (p. ej., Xalkori, Zykadia, Lorbrena). TUMOR SÓLIDO POSITIVO EN RELACIÓN CON FUSIÓN DE NTRK:  
Confirmación de una fusión del gen NTRK (p. ej., ETV6-NTRK3, TPM3-NTRK1). El afiliado no ha recibido una terapia previa específica para NTRK (p. ej., Vitrakvi).

#### **Restricciones de Edad:**

TUMOR SÓLIDO POSITIVO EN RELACIÓN CON FUSIÓN DE NTRK: 12 años o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

RUBRACA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

TRATAMIENTO QUE NO ES DE MANTENIMIENTO: Mutaciones en los genes BRCA según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO: Completó dos o más regímenes de quimioterapia basada en el platino y responde de manera total o parcial.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

RYDAPT

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Leucemia Mieloide Aguda: Positiva respecto de la mutación del gen FLT3.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Leucemia Mieloide Aguda: Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos. Mastocitosis Sistémica Avanzada: Recetado por un oncólogo, un alergista o un inmunólogo, o en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Leucemia Mieloide Aguda: para terapia de inducción, recetado en combinación con citarabina y daunorubicina, O BIEN, para terapia de consolidación, recetado en combinación con citarabina.



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SILIQ

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SIMPONI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ARTRITIS PSORIÁSICA: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.  
COLITIS ULCEROSA: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste. ARTRITIS REUMATOIDEA,  
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SIMPONI ARIA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ARTRITIS PSORIÁSICA: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.  
ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SOMA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SOMAVERT

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Respuesta inadecuada a la cirugía o la radioterapia, a menos que la cirugía o la radioterapia no sean adecuadas para el paciente.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SONATA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Rozerem, Silenor 6 mg/día o menos, trazodona o temazepam.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SOVALDI

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Para el tratamiento del virus de la hepatitis C genotipos 5 y 6. Tratamiento del HCV genotipo 2 o 3 en receptores de trasplante de hígado.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSAs, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

Los criterios serán aplicados consistentes con los actuales AASLD-IDSAs pauta de tratamiento.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Mavyret, Harvoni, Epclusa, Vosevi y Zepatier para genotipos aplicables.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SPRAVATO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Actualmente en tratamiento con un antidepresivo oral (no debe ser un agente que se haya probado anteriormente sin obtener resultados satisfactorios). CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado responde de manera positiva a la terapia y está usando Spravato en combinación con un antidepresivo oral.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Inicial: 4 semanas. Reautorización: 12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia de dos antidepresivos (p. ej., un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [por sus siglas en inglés, SSRI], un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina [por sus siglas en inglés, SNRI], un antidepresivo tricíclico [por sus siglas en inglés, TCA], bupropión, mirtazapina) de dos clases diferentes, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SPRITAM

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

Debe proporcionarse una justificación médica del motivo por el cual el paciente no puede tomar levetiracetam genérico (tabletas o líquido).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SPRYCEL

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: Documentación de que el afiliado tiene enfermedad del cromosoma Filadelfia positivo.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos. TODAS LAS DEMÁS DE ONCOLOGÍA INDICACIONES CUBIERTAS: Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: imatinib, Sutent o Stivarga.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

STIVARGA

**Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

STRENSIQ

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SUBSYS

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

18 años o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Hasta el final del año de contrato del Plan.

#### **Otros Criterios:**

El paciente ya está tomando y tolera la terapia con opiáceos durante las 24 horas. Se considera que los pacientes toleran los opiáceos cuando han tomado otro opiáceo a diario durante una semana o más (por ejemplo, al menos 60 mg de morfina oral por día o una dosis equianalgésica de otro opiáceo).

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SURMONTIL

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Síndrome de intestino irritable.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Depresión: Falta de eficacia con uno de los siguientes antidepresivos genéricos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: bupropión, bupropión SR, bupropión XL, citalopram, succinato de desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, mirtazapina, sertralina, venlafaxina o venlafaxina XR.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SYMDEKO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Presencia de mutación de delF508 homocigota o de al menos una mutación del gen CFTR que responde a tezacaftor/ivacaftor.

#### **Restricciones de Edad:**

Edad mayor o igual a 6 años.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SYMLINPEN

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Uso anterior de terapia de insulina a la hora de la comidas o de una bomba de insulina.



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

SYMPAZAN

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

La justificación médica respalda la imposibilidad de usar clobazam tabletas y suspensión líquida oral (p. ej., contraindicaciones para excipientes).

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TAGRISSO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: La enfermedad es positiva por uno de los siguientes (a o b): a) mutaciones sensibilizadoras de EGFR (p. ej., eliminación o inserción del exón 19, mutación puntual del exón 21 (L858R, L861Q), mutación puntual del exón 18 (G719X), mutación puntual del exón 20 (S768I) O b) mutación T790M.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TAKHZYRO

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

Edad mayor o igual a 12 años.

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un inmunólogo, un alergista, un hematólogo o un reumatólogo, o bien, en consulta con éstos.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TALZENNA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de enfermedad negativa en relación con el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2). Mutaciones en los genes BRCA según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TARCEVA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: La enfermedad es positiva en relación con cualquiera de las mutaciones sensibilizadoras de EGFR (p. ej., eliminación o inserción del exón 19, mutación puntual del exón 21 (L858R, L861Q), mutación puntual del exón 18 (G719X), mutación puntual del exón 20 (S768I).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CÁNCER DE PÁNCREAS: Recetado en combinación con gemcitabina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TASIGNA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

Afiliados con hipocalemia, hipomagnesemia o síndrome del QT largo.

#### **Información Médica Requerida:**

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: Documentación de que el afiliado tiene enfermedad del cromosoma Filadelfia positivo.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos. TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL: Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: imatinib, Sutent o Stivarga.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TAVALISSE

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con un corticosteroide (p. ej., prednisona, metilprednisolona o dexametasona), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TECENTRIQ

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS PEQUEÑAS EN ETAPA EXTENSIVA: Se recetó en combinación con carboplatino y etopósido. CÁNCER DE SENO TRIPLE NEGATIVO: Enfermedad negativa para receptores hormonales (por sus siglas en inglés, HR), negativa para receptores de estrógeno (por sus siglas en inglés, ER) y negativa para receptores del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (por sus siglas en inglés, HER2). Se recetó en combinación con paclitaxel fijado a una proteína (nab-paclitaxel). El tumor expresa la proteína PD-L1.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Si existe una aberración genómica conocida del tumor en el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o en la cinasa de linfoma anaplásico (ALK), entonces para la enfermedad ALK+: prueba anterior con Xalkori, Alecensa o Zykadia, O BIEN, para la enfermedad EGFR+: prueba anterior con Tarceva, Gilotrif o Iressa.



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TECFIDERA

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TEGSEDI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Mutación de transtiretina (TTR) documentada. Depósitos de amiloide documentados según una biopsia o se proporciona una justificación médica del motivo por el que se debería iniciar el tratamiento en presencia de una biopsia con resultado negativo o sin una biopsia. El afiliado no se ha sometido a un trasplante de hígado.

CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Se mantuvo con la terapia con una respuesta positiva, incluyendo, pero sin limitarse a, una mejoría en alguno de los siguientes parámetros: 1) neuropatía (función motora, sensación, reflejos, capacidad para caminar), 2) nutrición (índice de masa corporal), 3) parámetros cardíacos (control con Holter, ecocardiografía, electrocardiograma, péptido natriurético cerebral [por sus siglas en inglés, BNP] o NT-proBNP en plasma, troponina en suero), 4) parámetros renales (depuración de la creatinina, albúmina en orina), 5) parámetros oftálmicos (examen de la vista).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TENEX

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: amlodipina/benazepril, benazepril, benazepril/hidroclorotiazida, captopril, captopril/hidroclorotiazida, fosinopril, fosinopril/hidroclorotiazida, lisinopril, lisinopril/hidroclorotiazida, quinapril, quinapril/hidroclorotiazida, losartán, losartán/hidroclorotiazida, valsartán, valsartán/hidroclorotiazida, irbesartán, irbesartán/hidroclorotiazida, candesartán, candesartán/hidroclorotiazida, carvedilol, labetalol, acebutolol, atenolol, bisoprolol, bisoprolol/hidroclorotiazida, timolol, nadolol, propranolol, metoprolol, metoprolol/hidroclorotiazida, pindolol, nifedipina SR, amlodipina, nicardipina.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TETRABENAZINE

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TIBSOVO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Presencia de una mutación de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1). En el caso de leucemia mieloide aguda (por sus siglas en inglés, AML) recientemente diagnosticada, el afiliado tiene 60 años o más, O BIEN, la justificación médica respalda una incapacidad para usar terapia de inducción intensiva.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Para una persona menor de 60 años cuando la justificación médica no respalda una incapacidad para usar terapia de inducción intensiva, la enfermedad es recurrente o refractaria después del tratamiento con agentes antineoplásicos de inducción estándar (p. ej., citarabina, idarrubicina, daunorrubicina, cladribina, midostaurina).

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TREMFYA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con UNO de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TRIHXYPHENIDYL

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Enfermedad de Parkinson/Parkinsonismo: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: amantadina, levodopa/carbidopa, entacapone, pramipexol, ropinirol, selegilina.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TURALIO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TYMLOS

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

La duración total de la terapia con análogos de la hormona paratiroidea o PTH (p. ej., Tymlos, Forteo) no ha excedido los 2 años.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

El afiliado cumple uno de los siguientes criterios (a o b): a) Recetado por un ginecólogo, un endocrinólogo, un reumatólogo, un geriatra, in ortopedista, o un fisiatra, o bien, en consulta con éstos O b) Falta de eficacia con un bisfosfonato (p. ej., alendronato), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

TYSABRI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Recetado por un neurólogo o en consulta con éste. ENFERMEDAD DE CROHN: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

FORMAS RECURRENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Falta de eficacia o presencia de efectos adversos clínicamente significativos con uno de los siguientes: Aubagio, Tecfidera, Gilenya, Avonex, Betaseron, Plegridy, glatiramer, Copaxone, Glatopa, Extavia o Rebif. ENFERMEDAD DE CROHN: Falta de eficacia o presencia de efectos adversos clínicamente significativos con Humira o Remicade.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

UPTRAVI

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VALCHLOR

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con una de las siguientes terapias dirigidas a la piel, a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: corticoesteroides tópicos (p. ej., betamethasone, clobetasol), retinoide tópico (p. ej., Targretin, Avage, Fabior, Tazorac), imiquimod tópico (Aldara).

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VANCOGIN

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

Diarrea por C. Diff: 14 días. Enterocolitis por Staph: 10 días. C. Diff Recurrente: 12 semanas.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VENCLEXTA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Leucemia Mieloide Aguda (por sus siglas en inglés, AML): Edad de 60 años o más, O BIEN, la justificación médica respalda una incapacidad para usar quimioterapia de inducción intensiva. Se receta en combinación con azacitidina, decitabina o citarabina de baja dosis.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO: Falta de eficacia con al menos una terapia previa (p. ej., un régimen a base de Rituxan), a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.  
LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, CLL)/LINFOMA LINFOCÍTICO PEQUEÑO (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, SLL): La solicitud cumple con uno de los siguientes criterios (a o b): a) Se receta en combinación con Gazyva como terapia de primera línea, O BIEN, b) Falta de eficacia con al menos una terapia previa (p. ej., Imbruvica, Campath o metilprednisolona de alta dosis con Rituxan), a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VERSACLOZ

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Trastorno psicótico asociado con la enfermedad de Parkinson.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con clozapina (Clozaril) o FazaClo, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VERZENIO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Cáncer de seno positivo para receptores hormonales (HR), negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2), avanzado o metastásico.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Para los hombres que recibe un inhibidor de la aromatasas: Recibirán tratamiento concomitante para la supresión de esteroidogénesis testicular (p. ej., agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina).



## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VIBERZI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con loperamida, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos Y Para afiliados de 64 años o menos, falta de eficacia con difenoxilato-atropina (Lomotil) o dicitlomina, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VINBLASTINE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de que vinblastina se usa como terapia paliativa.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VINCRISTINE

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

Pacientes con la forma desmielinizante del síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VITRAKVI

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

Mutación de resistencia al receptor de tropomiosina quinasa adquirida conocida.

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de mutación positiva de fusión del gen receptor de tirosina quinasa neurotrófico.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

La enfermedad ha progresado después de un tratamiento estándar de primera línea, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos, o bien, que no haya un tratamiento alternativo disponible.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VIZIMPRO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de mutaciones del EGFR por eliminación del exón 19 o sustitución del exón 21 (L858R), según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VOSEVI

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Si el paciente presenta cirrosis, confirmación del estado de Child-Pugh A. Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDS A, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 semanas.

#### **Otros Criterios:**

Si tiene HCV genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6, el afiliado ha sido tratado anteriormente con un régimen de HCV que contenía uno de los siguientes inhibidores de la NS5A: daclatasvir, elbasvir, ledipasvir, ombitasvir o velpatasvir. Alternativamente, si el genotipo de HCV es 1a o 3, el afiliado ha sido tratado anteriormente con un régimen de HCV que contenía sofosbuvir.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VOTRIENT

**Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

VRAYLAR

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con DOS de los siguientes antipsicóticos atípicos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: aripiprazol, ziprasidona, quetiapina, olanzapina, risperidona.



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XALKORI

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Documentación de enfermedad positiva en relación con ALK, ROS1, o MET. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO, LINFOMA ANAPLÁSTICO DE CÉLULAS GRANDES: Documentación de enfermedad positiva en relación con ALK.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XATMEP

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Menores de 18 años.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo (para la leucemia linfoblástica aguda) o por un reumatólogo (para la artritis idiopática juvenil poliarticular), o en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Justificación médica respecto de por qué el afiliado no puede usar metotrexato (tabletas).

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XELJANZ

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ARTRITIS REUMATOIDEA: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste. ARTRITIS PSORIÁSICA: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. COLITIS ULCEROSA (único liberación inmediata): Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. ARTRITIS PSORIÁSICA: Falta de eficacia con metotrexato, a menos que haya una enfermedad predominantemente axial, esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XEOMIN

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XERMELO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Recetado en combinación con un análogo de somatostatina (p. ej., octreotida, lanreotida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con una prueba de un análogo de somatostatina (p. ej., octreotida, lanreotida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XOLAIR

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

ASMA: Prueba cutánea o reactividad in vitro positiva a un aeroalérgeno perenne Y niveles de inmunoglobulina E (IgE) mayor o igual a 30 UI/ml.

#### **Restricciones de Edad:**

ASMA: 6 años de edad o más. URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA: 12 años de edad o más.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

ASMA: Recetado por un neumólogo, un inmunólogo o un alergista, o bien, en consulta con éstos. URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA: Recetado por un alergista, un dermatólogo o un inmunólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

ASMA: Falta de eficacia con un corticoesteroide inhalado (p. ej., beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA: Falta de eficacia con un Antihistamínico H1 (p. ej., levocetirizina o desloratadina), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XOSPATA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de mutacione del FLT3.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XPOVIO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

El afiliado tiene anteriormente recibió al menos cuatro líneas terapia que incluir la totalidad de siguientes (a, b, y c): a) dos inhibidores de proteasome (p. ej., bortezomib, Kyprolis, Ninlaro), b) dos agentes inmunomoduladores (p. ej., Revlimid, pomalidomide, Thalomid), c) un anticuerpo monoclonal anti-CD38 (p. ej., Darzalex).

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

XTANDI

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

YERVOY

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Cáncer de pulmón de células pequeñas.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS PEQUEÑAS: Falta de eficacia con un régimen que contiene platino (p. ej., régimen que contiene cisplatino o carboplatino). CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS PEQUEÑAS, CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: Recetado en combinación con Opdivo.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

YONSA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con metilprednisolona. El afiliado anteriormente se ha sometido a una orquiectomía bilateral, ha probado con una terapia de privación de andrógenos (por sus siglas en inglés, ADT) sin obtener resultados satisfactorios o usará ADT simultáneamente con Yonsa.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZALTRAP

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con irinotecán o FOLFIRI (5-fluorouracil, leucovorina e irinotecán). Tratamiento previo con uno de los siguientes: un régimen con oxaliplatino (p. ej., FOLFIRI, FOLFOX [leucovorina, 5-fluorouracil, oxaliplatino], CapeOX [capecitabine, oxaliplatino]) O un régimen con 5-fluorouracil y leucovorina O un régimen con capecitabine.

## **Protocolo de Autorización Previa**

---

### **Medicare Parte D – 2019**

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZARXIO

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Síndrome mielodisplásico. Neutropenia en pacientes con VIH/SIDA. Síndrome hematopoyético del síndrome de irradiación aguda.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZEJULA

**Usos Cubiertos:**

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

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

Completó dos o más regímenes de quimioterapia basada en el platino y responde de manera total o parcial.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZELBORAF

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

MELANOMA, ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER: Enfermedad positiva en relación con la mutación de BRAF V600. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, CÁNCER COLORRECTAL: Enfermedad positiva en relación con la mutación de BRAF V600E. CARCINOMA TIROIDEO DIFERENCIADO: Enfermedad positiva en relación con la mutación de BRAF.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Falta de eficacia con Tafenlar o Mekinist, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZEPATIER

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Si el paciente presenta cirrosis, confirmación del estado de Child-Pugh A. Para el genotipo 1a, documentación de la presencia o ausencia de polimorfismos asociados a la resistencia a la NS5A. Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSa, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

#### **Duración de la Cobertura:**

De 12 a 16 semanas según el genotipo, la presencia de polimorfismos asociados a la resistencia a la NS5A y el tratamiento previo.

#### **Otros Criterios:**



## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZINPLAVA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

Documentación de prueba positiva de Clostridium difficile.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

4 semanas.

#### **Otros Criterios:**

Recibirá o está recibiendo actualmente un tratamiento con medicamentos antibacterianos para la infección por Clostridium difficile (p. ej., metronidazol, vancomicina, fidaxomicina) de manera concomitante con Zinplava. Ha recibido el tratamiento adecuado para los episodios anteriores de recurrencia de infección por Clostridium difficile (por sus siglas en inglés, CDI), incluyendo un régimen intermitente de vancomicina.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZOLPIDEM

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Rozerem, Silenor 6 mg/día o menos, trazodona o temazepam.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZULRESSO

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

No han pasado más de 6 meses desde que la afiliada ha dado a luz.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

#### **Duración de la Cobertura:**

4 semanas.

#### **Otros Criterios:**

Falta de eficacia con uno de los antidepresivos orales siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [por sus siglas en inglés, SSRI], un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina [por sus siglas en inglés, SNRI], un antidepresivo tricíclico [por sus siglas en inglés, TCA], bupropión, mirtazapine.

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

**Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZYDELIG

**Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

**Criterios de Exclusión:**

**Información Médica Requerida:**

**Restricciones de Edad:**

**Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un hematólogo o un oncólogo, o bien, en consulta con éstos.

**Duración de la Cobertura:**

12 meses.

**Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZYKADIA

#### **Usos Cubiertos:**

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Documentación de enfermedad positiva en relación con ALK o ROS1. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO: Documentación de enfermedad positiva en relación con ALK.

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

## Protocolo de Autorización Previa

---

### Medicare Parte D – 2019

#### **Descripción del Grupo de Autorización Previa:**

ZYTIGA

#### **Usos Cubiertos:**

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

#### **Criterios de Exclusión:**

#### **Información Médica Requerida:**

#### **Restricciones de Edad:**

#### **Restricciones de la Persona que Receta:**

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éste.

#### **Duración de la Cobertura:**

12 meses.

#### **Otros Criterios:**

Recetado en combinación con prednisona. El afiliado anteriormente se ha sometido a una orquiectomía bilateral, ha probado con una terapia de privación de andrógenos (ADT) sin obtener resultados satisfactorios o usará ADT simultáneamente con Zytiga.

ACTEMRA SC	1	COTELLIC	48
ACTIQ	2	CRYSVITA	49
ACYCLOVIR	3	CYCLOBENZAPRINE HCL	50
ADCIRCA	4	CYTARABINE	51
ADEMPAS	5	DAKLINZA	52
AFINITOR	6	DAURISMO	53
AIMOVIG	7	DIPYRIDAMOLE	54
AJOVY	8	DISOPYRAMIDE	55
ALECENSA	9	DOPTELET	56
ALUNBRIG	10	DOXEPIN	57
AMITRIPTYLINE	11	ELIDEL	58
AMITRIPTYLINE/CHLORDIAZEPOXIDE	12	EMEND 40 MG	59
AMITRIPTYLINE/PERPHENAZINE	13	EMFLAZA	60
AMPHOTERICIN B	14	EMGALITY	61
AMPYRA	15	ENBREL	62
ANTI-HISTAMINES	16	ENDARI	63
ARANESP	17	ENTRESTO	64
ARIKAYCE	18	ENTYVIO	65
AUBAGIO	19	EPCLUSA	66
AUSTEDO	20	EPIDIOLEX	67
BALVERSA	21	EPOETIN	68
BAXDELA	22	ERGOLOID MESYLATES	69
BELEODAQ	23	ERLEADA	70
BELSOMRA	24	ESBRIET	71
BENLYSTA	25	ESTROGENS	72
BENZTROPINE	26	EXONDYS 51	73
BLEOMYCIN	27	FARYDAK	74
BOSULIF	28	FASENRA	75
BOTOX	29	FERRIPROX	76
BRAFTOVI	30	FIORINAL WITH CODEINE	77
BRIVIACT	31	FIRAZYR	78
BUTABARBITAL	32	FIRDAPSE	79
C1 ESTERASE INHIBITOR	33	FLECTOR	80
CABLIVI	34	FLUOROURACIL	81
CABOMETYX	35	FORTEO	82
CALQUENCE	36	GALAFOLD	83
CAPRELSA	37	GANCICLOVIR	84
CAYSTON	38	GATTEX	85
CERDELGA	39	GILENYA	86
CEREZYME	40	GILOTRIF	87
CHLORZOXAZONE	41	GLATIRAMER	88
CHORIONIC GONADOTROPIN	42	GLYBURIDE	89
CINQAIR	43	GLYBURIDE/METFORMIN	90
CLADRIBINE	44	GRANIX	91
CLOMIPRAMINE	45	HARVONI	92
COMETRIQ	46	HERCEPTIN	93
COPIKTRA	47	HETLIOZ	94

HUMAN GROWTH HORMONE.....	95	MEKINIST.....	142
HUMIRA.....	96	MEKTOVI.....	143
HYDROCODONE.....	97	METAXALONE.....	144
HYDROXYZINE HCL.....	98	METHAMPHETAMINE.....	145
HYDROXYZINE HCL INJECTION.....	99	METHOCARBAMOL.....	146
HYDROXYZINE PAMOATE.....	100	METHOTREXATE INJ.....	147
ICLUSIG.....	101	MIRVASO.....	148
IDHIFA.....	102	MOZOBIL.....	149
ILARIS.....	103	MULPLETA.....	150
ILUMYA.....	104	NAMENDA.....	151
IMATINIB.....	105	NATPARA.....	152
IMBRUVICA.....	106	NERLYNX.....	153
IMIPRAMINE.....	107	NEULASTA.....	154
INDOMETHACIN.....	108	NEUPOGEN.....	155
INFLECTRA.....	109	NINLARO.....	156
INLYTA.....	110	NITROFURANTOIN.....	157
INREBIC.....	111	NIVESTYM.....	158
INTERFERON BETA-1A.....	112	NONPREFERRED.....	159
INTERFERON BETA-1B.....	113	NORTHERA.....	160
INTUNIV.....	114	NUBEQA.....	161
JAKAFI.....	115	NUCALA.....	162
JUXTAPID.....	116	NUDEXTA.....	163
JYNARQUE.....	117	NUPLAZID.....	164
KADCYLA.....	118	NUZYRA.....	165
KALYDECO.....	119	OALIVA.....	166
KETOROLAC TROMETHAMINE.....	120	OCREVUS.....	167
KEVZARA.....	121	ODOMZO.....	168
KISQALI.....	122	OFEV.....	169
KORLYM.....	123	OLUMIANT.....	170
KUVAN.....	124	OPSUMIT.....	171
KYNAMRO.....	125	ORENITRAM.....	172
LATUDA.....	126	ORILISSA.....	173
LAZANDA.....	127	ORKAMBI.....	174
LEMTRADA.....	128	OXERVATE.....	175
LENVIMA.....	129	PALYNZIQ.....	176
LEUKINE.....	130	PERSERIS.....	177
LIDODERM.....	131	PHENOBARBITAL.....	178
LONSURF.....	132	PIQRAY.....	179
LORBRENA.....	133	PRALUENT.....	180
LOTRONEX.....	134	PREVYMIS.....	181
LUCEMYRA.....	135	PROLASTIN C.....	182
LYNPARZA CAPSULE.....	136	PROLIA.....	183
LYNPARZA TABLET.....	137	PROMACTA.....	184
MAVENCLAD.....	138	PROTOPIC.....	185
MAVYRET.....	139	PROVIGIL.....	186
MEGACE.....	140	PURIXAN.....	187
MEGACE ES.....	141	QUALAQUIN.....	188



RADICAVA.....	189	VALCHLOR.....	236
RAYALDEE.....	190	VANCOCIN.....	237
REMICADE.....	191	VENCLEXTA.....	238
REPATHA.....	192	VERSACLOZ.....	239
RESTASIS.....	193	VERZENIO.....	240
REVATIO.....	194	VIBERZI.....	241
REVCOVI.....	195	VINBLASTINE.....	242
REVLIMID.....	196	VINCRISTINE.....	243
REXULTI.....	197	VITRAKVI.....	244
ROZLYTREK.....	198	VIZIMPRO.....	245
RUBRACA.....	199	VOSEVI.....	246
RYDAPT.....	200	VOTRIENT.....	247
SILIQ.....	201	VRAYLAR.....	248
SIMPONI.....	202	XALKORI.....	249
SIMPONI ARIA.....	203	XATMEP.....	250
SOMA.....	204	XELJANZ.....	251
SOMAVERT.....	205	XEOMIN.....	252
SONATA.....	206	XERMELO.....	253
SOVALDI.....	207	XOLAIR.....	254
SPRAVATO.....	208	XOSPATA.....	255
SPRITAM.....	209	XPOVIO.....	256
SPRYCEL.....	210	XTANDI.....	257
STIVARGA.....	211	YERVOY.....	258
STRENSIQ.....	212	YONSA.....	259
SUBSYS.....	213	ZALTRAP.....	260
SURMONTIL.....	214	ZARXIO.....	261
SYMDEKO.....	215	ZEJULA.....	262
SYMLINPEN.....	216	ZELBORAF.....	263
SYMPAZAN.....	217	ZEPATIER.....	264
TAGRISSE.....	218	ZINPLAVA.....	265
TAKHZYRO.....	219	ZOLPIDEM.....	266
TALZENNA.....	220	ZULRESSO.....	267
TARCEVA.....	221	ZYDELIG.....	268
TASIGNA.....	222	ZYKADIA.....	269
TAVALISSE.....	223	ZYTIGA.....	270
TECENTRIQ.....	224		
TECFIDERA.....	225		
TEGSEDI.....	226		
TENEX.....	227		
TETRABENAZINE.....	228		
TIBSOVO.....	229		
TREMFYA.....	230		
TRIHEXYPHENIDYL.....	231		
TURALIO.....	232		
TYMLOS.....	233		
TYSABRI.....	234		
UPTRAVI.....	235		