



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Criteria de Autorización Previa 1/1/2025

ABALOPARATIDE

Productos Afectados

- TYMLOS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	24 MESES
Otros Criterios	OSTEOPOROSIS: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 24 MESES DE TRATAMIENTO ACUMULATIVO CON NINGUNA TERAPIA CON HORMONA PARATIROIDEA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ABATACEPT IV

Productos Afectados

- ORENCIA (WITH MALTOSE)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>RA, PJIA, PSA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESE. ENFERMEDAD AGUDA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED: 1 MES.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD (DMARD) - SI EL PACIENTE PROBÓ METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE PROBAR CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA.</p> <p>PJIA, PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN. PJIA, PSA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN Y</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Part B Prerequisite	No

ABATACEPT SQ

Productos Afectados

- ORENCIA
- ORENCIA CLICKJECT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE PROBAR CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA.</p> <p>PJIA, PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	PJIA, PSA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, AND 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ABEMACICLIB

Productos Afectados

- VERZENIO

Criterios	Detalles del Criterios
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ABIRATERONE

Productos Afectados

- *abiraterone*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (CSPC) DE ALTO RIESGO, CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (CPRC): 1) EL PACIENTE RECIBIÓ ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL). O 3) USADO EN COMBINACIÓN CON UNA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH) ANÁLOGA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ABIRATERONE SUBMICRONIZED

Productos Afectados

- YONSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (MCRPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ACALABRUTINIB

Productos Afectados

- CALQUENCE
- CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Información Médica Requerida	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de edad	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de proveedor	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Duración de Cobertura	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Otros Criterios	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Indicaciones	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación dle CMS
Usos no indicados	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Prerrequisito de la Parte B	No

ADAGRASIB

Productos Afectados

- KRAZATI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ADALIMUMAB

Productos Afectados

- HUMIRA PEN
- HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
- HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS
- HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML
- HUMIRA(CF)
- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
- HUMIRA(CF) PEN
- HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS
- HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC
- HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS

Crterios	Detalles del Criterio
Exclusion Criteria	
Required Medical Information	INICIAL: SORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O EL ÁREA GENITA.
Age Restrictions	
Prescriber Restrictions	<p>INICIAL: RA, PJA, ESPONDILOARTRITIS ANQUILOSANTE(AS): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON EL REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p> <p>PSO, HIDRADENITIS SUPPURATIVA (HS): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.</p> <p>ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p> <p>UVEITIS: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON EL OFTALMÓLOGO</p>
Coverage Duration	INICIAL: RA, PSO, PJA, AS, PSA, CD, UC, UVEITIS: 6 MESES, HS: 3 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Other Criteria	INICIAL:

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>ARTRITIS REUMATOIDE (RA): ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD (DMARD) - SI EL PACIENTE PROBÓ METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE PROBAR CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA.</p> <p>ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA), PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EG., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN MEDICAMENTO ANTI-INFLAMATORIO NO ESTEROIDAL (NSAID) Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EG., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSO: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) OR PUVA (FOTOTERAPIA) PARA EL TRATAMIENTO DE PSO, (B) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS INMUNOSUPRESORES Y A LA PUVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, O (C) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, UN INHIBIDOR DE PDE-4 O UN INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EG., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>CD, UC: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA CONVENCIONAL (P. EG., CORTICOSTEROID [P. EG., BUDESONIDE, METHYLPREDNISOLONE], AZATHIOPRINE, MERCAPTOPYRINE, METHOTREXATE, MESALAMINE), Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EG., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>HS: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA HS O INHIBIDORES DEL TNF PARA CUALQUIER INDICACIÓN.</p> <p>UVEITIS: UVEÍTIS ANTERIOR NO AISLADA.</p> <p>RENOVACIÓN: RA, HS, UVEITIS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>PJIA, PSA, AS, PSO: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EG., JAK INHIBIDOR, PDE-4 INHIBIDOR) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>CD, UC: NO USO CONCURRENTENTE CON OTRA MOLÉCULAS PEQUEÑAS O BIOLÓGICAS SISTÉMICAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indications	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Off Label Uses	
Part B Prerequisite	No

AFATINIB

Productos Afectados

- GILOTRIF

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO CON MUTACIÓN DEL EGFR: NO ESTÁ EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ALECTINIB

Productos Afectados

- ALECENSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ALPELISIB-PIQRAY

Productos Afectados

- PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X 1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AMBRISENTAN

Productos Afectados

- *ambrisentan*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE CUÑO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DE WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	HAP: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/ RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	HAP: INICIAL: NO TIENE FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AMIKACIN LIPOSOMAL INH

Productos Afectados

- ARIKAYCE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>ENFERMEDAD PULMONAR POR COMPLEJO MYCOBACTERIUM AVIUM (MAC):</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>1) NO HAY CULTIVO POSITIVO DE ESPUTO DE MAC DESPUÉS DE CULTIVOS NEGATIVOS CONSECUTIVOS, Y 2) MEJORA DE LOS SÍNTOMAS. ADEMÁS, PARA LA PRIMERA RENOVACIÓN, LA APROBACIÓN REQUIERE AL MENOS UN CULTIVO DE ESPUTO NEGATIVO PARA MAC POR SEIS MESES DE TRATAMIENTO CON ARIKAYCE. PARA LAS SEGUNDAS RENOVACIONES Y SUBSIGUIENTES, LA APROBACIÓN REQUIERE AL MENOS TRES CULTIVOS DE ESPUTO NEGATIVOS PARA MAC A LOS 12 MESES DE TRATAMIENTO CON ARIKAYCE.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	ENFERMEDAD DEL PULMÓN DE MAC: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
Duración de Cobertura	INICIAL/ RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AMIVANTAMAB-VMJW

Productos Afectados

- RYBREVANT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ANAKINRA

Productos Afectados

- KINERET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS.
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: SÍNDROMES PERIÓDICOS ASOCIADOS A LA CRIOPIRINA (CAPS): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GENE NLRP3, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (ES DECIR, PCR ELEVADA, VSG, PROTEÍNA AMILOIDE A SÉRICA (SAA) O PROTEÍNAS S100), Y 2) DOS DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIÓN SIMILAR A URTICARIANA (DERMATITIS NEUTRÓFICA), EPISODIOS DESENCADENADOS POR EL FRÍO, PÉRDIDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL, SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, MENINGITIS ASÉPTICA CRÓNICA, ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS.</p> <p>DEFICIENCIA DEL ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-1 (DIRA): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GENE IL1RN, Y (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (P. EJ., CRP ELEVADA, ESR), Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIONES SIMILARES A PSORIASIS PUSTULAR, OSTEOMIELITIS, AUSENCIA DE OSTEOMIELITIS BACTERIANA, ONICOMADESIS.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.
Duración de Cobertura	RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. CAPS, DIRA: POR VIDA.
Otros Criterios	INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.

Criterios	Detalles del Criterio
	CAPS, DIRA: NO USO CONCURRENTE CON OTROS INHIBIDORES DE IL-1. RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

APALUTAMIDE

Productos Afectados

- ERLEADA ORAL TABELT 240 MG, 60 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/ RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (NMCRPC): CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO (P. EJ., NIVELES DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO [PSA] QUE AUMENTAN RÁPIDAMENTE).</p> <p>NMCRPC, CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL CASTRADO DE TESTOSTERONA (P. EJ., MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTES CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).</p> <p>RENOVACIÓN: NMCRPC, MCSPC: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL CASTRADO DE TESTOSTERONA (P. EJ., MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTES CON UN ANÁLOGO DE GNRH.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.

Crterios	Detalles del Criterio
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

APOMORPHINE

Productos Afectados

- *apomorphine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	ENFERMEDAD DE PARKINSON (PD) INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PD: RENOVACIÓN: MEJORA DE LAS FLUCTUACIONES MOTORAS DURANTE LOS EPISODIOS OFF DURANTE LA TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

APOMORPHINE - SL

Productos Afectados

- KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 10-15-20-25-30 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	ENFERMEDAD DE PARKINSON (PD): INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS
Restricciones de proveedor	PD: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	EP: INICIAL: MÉDICO HA OPTIMIZADO LA TERAPIA FARMACÉUTICA PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. RENOVACIÓN: MEJORÍA DE LAS FLUCTUACIONES MOTORAS DURANTE EPISODIOS DISPONIBLE CON EL USO DE TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

APREMILAST

Productos Afectados

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS LEVE (PSO): 1) PSORIASIS QUE CUBRE EL 2 POR CIENTO DE LA SUPERFICIE CORPORAL (BSA), 2) PUNTAJE DE 2 EN LA EVALUACIÓN GLOBAL ESTÁTICA DEL MÉDICO (SPGA), O 3) PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE ÁREA Y GRAVEDAD DE LA PSORIASIS (PASI) DE 2 A 9.</p> <p>PSO MODERADA A GRAVE: PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ASC, O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O EL ÁREA GENITAL.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p> <p>PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.</p> <p>ENFERMEDAD DE BEHCET: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>LEVE PSO: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA SISTÉMICA CONVENCIONAL (P. EG., METHOTREXATE, ACITRETIN, CYCLOSPORINE) O UNA TERAPIA TÓPICA CONVENCIONAL (P. EG., PUVA [FOTOTERAPIA], UVB [LUZ ULTRAVIOLETA B], CORTICOSTEROIDES DE TÓPICOS).</p> <p>PSO MODERADA A GRAVE: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) OR PUVA (FOTOTERAPIA) PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, (B) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS INMUNOSUPRESORES Y A LA PUVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, O (C) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, UN INHIBIDOR DE PDE-4 O UN INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ENFERMEDAD DE BEHCET: 1) TIENE ÚLCERAS ORALES O ANTECEDENTES DE ÚLCERAS ORALES RECURRENTES BASADOS EN SÍNTOMAS CLÍNICOS, Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNO O MÁS TRATAMIENTOS CONSERVADORES (P. EJ., COLCHICINE, CORTICOSTEROID TÓPICA, CORTICOSTEROID ORAL).</p> <p>RENOVACIÓN: PSO LEVE, ENFERMEDAD DE BEHCET: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>PSA, PSO MODERADA A GRAVE: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y ORAL 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ASCIMINIB

Productos Afectados

- SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA POSITIVO DE FILADELFIA (LMC Ph+): EL ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIO Y SCEMBLIX ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ASFOTASE ALFA

Productos Afectados

- STRENSIQ

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	HIPOFOSFATASIA (HPP): INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO, GENETICISTA O ESPECIALISTA EN METABÓLICA.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>INICIO PERINATAL/INFANTIL HPP: 1) MESES DE EDAD O MENOS AL INICIO DE LA HPP, Y 2) POSITIVO PARA UNA MUTACIÓN DEL GEN DE FOSFATASA ALCALINA NO ESPECÍFICA DE TEJIDO (TNSALP) (ALPL) CONFIRMADA MEDIANTE PRUEBAS GENÉTICAS O DOS DE LOS SIGUIENTES: (A) NIVEL DE FOSFATASA ALCALINA (ALP) SÉRICA POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (B) NIVELES ELEVADOS DE PIRIDOXAL-5'-FOSFATO (PLP) SÉRICO Y SIN SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA B6 EN LA SEMANA ANTERIOR, (C) NIVEL DE FOSFOETANOLAMINA (PEA) EN ORINA POR ENCIMA DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (D) EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE HPP, (E) AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES: (I) DEFORMIDAD RAQUÍTICA DEL PECHO, (II) CRANEOSINOSTOSIS, (III) RETRASO EN EL CRECIMIENTO ESQUELÉTICO QUE RESULTA EN RETRASO DEL DESARROLLO MOTOR, (IV) ANTECEDENTES DE CONVULSIONES DEPENDIENTES DE LA VITAMINA B6, (V) NEFROCALINOSIS O ANTECEDENTES DE CALCIO SÉRICO ELEVADO, (VI) ANTECEDENTES O PRESENCIA DE FRACTURA POSTNATAL NO TRAUMÁTICA Y CURACIÓN RETARDADA DE LA FRACTURA.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>INICIO JUVENIL HPP:1) TENGA MENOS DE 18 AÑOS AL INICIO DE LA HPP, Y 2) RESULTADO POSITIVO PARA UNA MUTACIÓN DEL GEN NSALP ALPL CONFIRMADO MEDIANTE PRUEBAS GENÉTICAS O DOS DE LOS SIGUIENTES: (A) NIVEL DE ALP SÉRICO POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (B) NIVELES ELEVADOS DE PLP SÉRICO Y SIN SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA B6 EN LA SEMANA ANTERIOR, (C) NIVEL DE GUIANTES EN ORINA POR ENCIMA DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (D) EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE HPP, (E) AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES: (I) DEFORMIDADES RAQUÍTICAS, (II) PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES ANTES DE LOS 5 AÑOS, (III) RETRASO EN EL CRECIMIENTO ESQUELÉTICO QUE RESULTE EN RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR, (IV) ANTECEDENTES O PRESENCIA DE FRACTURAS NO TRAUMÁTICAS O CURACIÓN RETARDADA DE FRACTURAS.</p> <p>TODAS LAS INDICACIONES: 1) NO RECIBE ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON BIFOSFONATO, 2) LOS NIVELES DE CALCIO O FOSFATO NO ESTÁN POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL, 3) NO TIENE UNA FORMA TRATABLE DE RAQUITISMO.</p> <p>RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: 1) MEJORA DE LAS CARACTERÍSTICAS ESQUELÉTICAS DE LA HPP, Y 2) NO RECIBE ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON BIFOSFONATO.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ATEZOLIZUMAB

Productos Afectados

- TECENTRIQ

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ATOGEPAANT

Productos Afectados

- QULIPTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: INICIAL: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DE LA MIGRAÑA: DIVALPROEX SÓDICO, TOPIRAMATO, PROPRANOLOL, TIMOLOL, Y 2) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTROS INHIBIDORES DEL CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA.</p> <p>RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA MIGRAÑA O DEL DOLOR DE CABEZA, DE LA GRAVEDAD O DE LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON TERAPIA, Y 2) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTROS INHIBIDORES DEL CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AVACOPAN

Productos Afectados

- TAVNEOS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	AUTOANTICUERPO ANTI-CITOPLASMÁTICO DE NEUTRÓFILOS (ANCA) - VASCULITIS ASOCIADA: INICIAL: ANCA SEROPOSITIVO (ANTI-PR3 OR ANTI-MPO).
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	ANCA-VASCULITIS ASOCIADA: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O NEFRÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros Criterios	ANCA-VASCULITIS ASOCIADA: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA TERAPIA
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AVAPRITINIB

Productos Afectados

- AYVAKIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AVATROMBOPAG

Productos Afectados

- DOPTELET (10 TAB PACKET)
- DOPTELET (15 TAB PACKET)
- DOPTELET (30 TAB PACKET)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE CRÓNICA (CITP): INICIAL: 1) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A $30 \times 10^9/L$ EN AL MENOS 2 PRUEBAS DE LABORATORIO SEPARADAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, O 2) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A $50 \times 10^9/L$ EN AL MENOS 2 PRUEBAS DE LABORATORIO SEPARADAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES Y UN EVENTO DE SANGRADO PREVIO.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	INICIAL: ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA (CLD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO, GASTROENTERÓLOGO, HEPATÓLOGO, INMUNÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO O CIRUJANO. CITP: RECETADO O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO.
Duración de Cobertura	CLD: 1 MES. CITP: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: CLD: 1) PROCEDIMIENTO PLANIFICADO DE 10 A 13 DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DEL DOPTELET, Y 2) SIN USO CONCURRENTES CON OTROS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS). CITP: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN CORTICOSTEROIDE O INMUNOGLOBULINA, O TENÍA RESPUESTA INSUFICIENTE A LA ESPLENECTOMÍA, Y 2) NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE TPO-RAS O DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO (SYK).

Criterios	Detalles del Criterio
	RENOVACIÓN: CITP: 1) MEJORÍA DEL RECuento DE PLAQUETAS CON RESPECTO AL VALOR BASE O REDUCCIóN DE LOS EVENTOS HEMORRAGóGICOS, Y 2) NO SE PERMITE USO CONCURRENTe CON OTROS INHIBIDORES DE TPO-RAS O SYK.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AXITINIB

Productos Afectados

- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AZACITIDINE

Productos Afectados

- ONUREG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

AZTREONAM INHALED

Productos Afectados

- CAYSTON

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	MAYORES DE 7 AÑOS
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BECAPLERMIN

Productos Afectados

- REGRANEX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	ÚLCERAS NEUROPÁTICAS DIABÉTICAS: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CIRUJANO VASCULAR, PODÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO, MÉDICO QUE PRACTICA EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN HERIDAS O ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
Duración de Cobertura	3 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BEDAQUILINE

Productos Afectados

- SIRTURO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	24 SEMANAS
Otros Criterios	TUBERCULOSIS PULMONAR RESISTENTE A MÚLTIPLES FÁRMACOS (TB-MDR): SIRTURO SE UTILIZA EN COMBINACIÓN CON AL MENOS OTROS 3 ANTIBIÓTICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA TB-MDR PULMONAR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BELIMUMAB

Productos Afectados

- BENLYSTA SUBCUTANEOUS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>INICIAL: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>NEFRITIS LÚPICA (NL): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O NEFRÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>LES: ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO CORTICOSTEROIDES, ANTIMALÁRICOS, FÁRMACOS ANTI-INFLAMATORIOS O SIN ESTEROIDES (NAIDS), O AGENTES INMUNOSUPRESORES.</p> <p>RENOVACIÓN: LES: PACIENTE DEMOSTRÓ MEJORÍA CLÍNICA.</p> <p>NL: MEJORA DE LA RESPUESTA RENAL CON RESPECTO A LOS VALORES DE LABORATORIO BASALE (P.EG., EGFR OR PROTEINURIA) Y/O AND/OR PARÁMETROS CLÍNICOS.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BELUMOSUDIL

Productos Afectados

- REZUROCK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BELZUTIFAN

Productos Afectados

- WELIREG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BENDAMUSTINE

Productos Afectados

- *bendamustine intravenous recon soln* • BENDEKA
- BENDAMUSTINE SOLUCIÓN INTRAVENOSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BENRALIZUMAB

Productos Afectados

- FASENRA
- FASENRA PEN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ASMA: INICIAL: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE MENOS DE 150 CÉLULAS/MCL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	ASMA: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN MÉDICO ESPECIALISTA EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR.
Duración de Cobertura	INICIAL: 4 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>ASMA: INICIAL:</p> <p>1) TERAPIA CONCURRENTENTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, 2) UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIERE UNA RÁFAGA DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS QUE DURÓ 3 O MÁS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, OR AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN O VISITA A EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O CONTROL MAL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO SE EVIDENCIA POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: (A) SÍNTOMAS DE ASMA DURANTE EL DÍA MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, (B) CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, (C) SABA ALIVIO PARA SÍNTOMAS QUE SE ADMINISTRAN MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, (D) CUALQUIER LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD DEBIDA AL ASMA, Y 3) SIN USO CONCURRENTENTE CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE, OR OTRO ANTI-IL5 FÁRMACOS BIOLÓGICOS CUANDO SE UTILIZAN PARA EL ASMA.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>1) SIN USO CONCURRENTENTE CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE, OR OTRO ANTI-IL5 FÁRMACOS BIOLÓGICOS CUANDO SE</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	UTILIZAN PARA EL ASMA. 2) USO CONTINUADO DE ICS Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA CON RESPECTO AL ESTADO BASE, (B) DISMINUCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) AUMENTO DEL PORCENTAJE PREVISTO DE FEV1 CON RESPECTO AL VALOR BASE PREVIO AL TRATAMIENTO, O (D) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BETAINE

Productos Afectados

- *betaine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BEVACIZUMAB-ADCD

Productos Afectados

- VEGZELMA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BEVACIZUMAB-AWWB

Productos Afectados

- MVASI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BEVACIZUMAB-BVZR

Productos Afectados

- ZIRABEV

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BEXAROTENE

Productos Afectados

- *bexarotene*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BINIMETINIB

Productos Afectados

- MEKTOVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BORTEZOMIB

Productos Afectados

- *bortezomib injection*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BOSENTAN

Productos Afectados

- *bosentan*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG 2) PRESIÓN DE CUÑO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DE WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	PAH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIAL: 1) NO TIENE ENZIMAS HEPÁTICAS ELEVADAS (ALT, AST) MÁS DE 3 VECES EL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL (LSN) O AUMENTO DE LA BILIRRUBINA EN 2 O MÁS VECES EL LSN, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON CICLOSPORINA A O GLIBURIDA. RENOVACIÓN: NO USO CONCURRENTES CON CICLOSPORINA A O GLIBURIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BOSUTINIB

Productos Afectados

- BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG
- BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	PREVIAMENTE TRATADA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (LMC Ph+): ANÁLISIS MUTACIONAL PREVIO A LA INICIACIÓN Y BOSULIF ES APROPIADO POR LA TABLA DE DIRECTRICES DEL NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	TRATADO PREVIAMENTE (LMC Ph+): ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIO Y BOSULIF ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DEL NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

BRIGATINIB

Productos Afectados

- ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG
- ALUNBRIG ORAL TABLETS, DOSE PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

C1 ESTERASE INHIBITOR-CINRYZE

Productos Afectados

- CINRYZE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (AEH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO CON PRUEBAS DEL COMPLEMENTO.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	AEH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO, INMUNÓLOGO O ALERGIA.
Duración de Cobertura	INICIAL/ RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	AEH: INICIAL: NO EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE AEH. RENOVACIÓN: 1) NO EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE AEH Y 2) NO EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE AEH. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

C1 ESTERASE INHIBITOR-HAEGARDA

Productos Afectados

- HAEGARDA SUBCUTANEOUS
RECON SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (AEH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO CON PRUEBAS DEL COMPLEMENTO.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	AEH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO, INMUNÓLOGO O ALERGIA.
Duración de Cobertura	INICIAL/ RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	AEH: INICIAL: NO EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE AEH. RENOVACIÓN: 1) DEMOSTRÓ MEJORÍA EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE EN LOS ATAQUES DE AEH (P.EJ., REDUCCIONES EN LA FRECUENCIA DE LOS ATAQUES O EN LA GRAVEDAD DE LOS ATAQUES) Y 2) NO EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE AEH.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CABOZANTINIB CAPSULE

Productos Afectados

- COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CABOZANTINIB TABLET

Productos Afectados

- CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CANAKINUMAB

Productos Afectados

- ILARIS (PF)

Criterios	Detalles del Criterio
Exclusion Criteria	
Required Medical Information	<p>INICIAL: SÍNDROMES PERIÓDICOS ASOCIADOS A LA CRIOPIRINA (CAPS): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GEN NLRP3, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (P. EJ., ELEVACIÓN DE CRP, ESR, PROTEÍNA AMILOIDE A SÉRICA (SAA) O PROTEÍNAS S100), Y 2) DOS DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIÓN SIMILAR A URTICARIANA (DERMATITIS NEUTRÓFICA), EPISODIOS DESENCADENADOS POR EL FRÍO, PÉRDIDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL, SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, MENINGITIS ASÉPTICA CRÓNICA, ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS</p>
Age Restrictions	
Prescriber Restrictions	<p>INICIAL: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (SJIA), ENFERMEDAD DE STILLS DE INICIO EN LA ADULTEZ (AOSD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p> <p>GOUT: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>RENOVACIÓN: GOUT: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p>
Coverage Duration	<p>INICIAL: AOSD/SJIA: 6 MESES, CAPS: POR VIDA, TODOS LOS DEMÁS DIAGNÓSTICOS: 12 MO. RENOVACIÓN: AOSD/SJIA/GOUT: 12 MESES.</p>
Other Criteria	<p>INICIAL: CAPS: NO USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE IL-1.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>AOSD, SJIA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD (DMARD), Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>GOUT: NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE IL-1.</p> <p>RENOVACIÓN: AOSD, SJIA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>GOUT: 1) SIN USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE IL-1, Y 2) MEJORA DE LOS BROTES DE GOTA.</p>
Indications	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Off Label Uses	
Part B Prerequisite	No

CANNABIDIOL

Productos Afectados

- EPIDIOLEX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	SÍNDROME DE DRAVET (SD), SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (SLG), COMPLEJO DE ESCLEROSIS TUBEROSA (TSC): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/ RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (SLG): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS: RUFINAMIDE, FELBAMATE, CLOBAZAM, TOPIRAMATE, LAMOTRIGINE, Y CLONAZEPAM.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CAPIVASERTIB

Productos Afectados

- TRUQAP

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CAPLACIZUMAB YHDP

Productos Afectados

- CABLIVI INJECTION KIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	ADQUIRIDA TROMBOCITOPENIA TROMBÓTICA PURPURA (ATTP): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ATTP: 1) CABLIVI SE INICIÓ PREVIAMENTE COMO PARTE DE UN RÉGIMEN DE TRATAMIENTO APROBADO POR LA FDA EN COMBINACIÓN CON INTERCAMBIO DE PLASMA Y TERAPIA INMUNOSUPRESORA ENTORNO HOSPITALARIO, Y 2) NO HA EXPERIMENTADO MÁS DE DOS RECURRENCIAS DE ATTP DURANTE LA TERAPIA CON CABLIVI (P. EJ., NUEVA CAÍDA EN EL RECUENTO DE PLAQUETAS QUE REQUIERE REPITAR EL INTERCAMBIO DE PLASMA DURANTE LOS 30 DÍAS POSTERIORES A LA TERAPIA DE INTERCAMBIO DE PLASMA [PEX] Y HASTA 28 DÍAS DE TERAPIA EXTENDIDA).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CAPMATINIB

Productos Afectados

- TABRECTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CARGLUMIC ACID

Productos Afectados

- *carglumic acid*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: HIPERAMONEMIA AGUDA O CRÓNICA (HA) DEBIDA A DEFICIENCIA DE N ACETILGLUTAMATO SINTASA (NAGS): LA MUTACIÓN DEL GEN NAGS SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS BIOQUÍMICAS O GENÉTICAS.</p> <p>HA AGUDA POR ACIDEMIA PROPIÓNICA (PA): 1) CONFIRMADO POR CONCENTRACIÓN ELEVADA DE ÁCIDO METILCÍTRICO Y ÁCIDO METILMALÓNICO NORMAL, O 2) PRUEBAS GENÉTICAS CONFIRMA MUTACIÓN EN EL GEN PCCA O PCCB.</p> <p>HA AGUDA POR ACIDEMIA METILMALÓNICA (MMA): 1) CONFIRMADO POR ELEVACIÓN DE ÁCIDO METILMALÓNICO, ÁCIDO METILCÍTRICO, O 2) PRUEBAS GENÉTICAS CONFIRMA MUTACIÓN EN LOS GENES MMUT, MMA, MMAB O MMADHC.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	AGUDA HA DEBIDO A NAGS DE PA/MMA: 7 DÍAS. CRÓNICO HA DEBIDO A NAGS: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	RENOVACIÓN: CRÓNICO HA DEBIDO A NAGS: PACIENTE HA MOSTRADO UNA MEJORÍA CLÍNICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CERITINIB

Productos Afectados

- ZYKADIA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CERTOLIZUMAB PEGOL

Productos Afectados

- CIMZIA POWDER FOR RECONST
- CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O EL ÁREA GENITAL.</p> <p>ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILEITIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI).</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p> <p>ENFERMEDAD DE CROHN (CD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p> <p>PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: RA: 1) EL PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA, LACTANTE O INTENTA CONVERTIRSE EN EMBARAZADA, O 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>PREFERENTES: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>PSA: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA, ESTÁ LACTANDO O ESTÁ TRATANDO DE QUEDAR EMBARAZADA, O (B) ESTÁ EN ENSAYO O ESTÁ CONTRAINDICADA DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSO: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA, AMAMANTANDO O TRATANDO DE QUEDAR EMBARAZADA, O (B) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA, AMAMANTANDO O TRATANDO DE QUEDAR EMBARAZADA, O (B) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>CD: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA, AMAMANTANDO O TRATANDO DE QUEDAR EMBARAZADA, O (B) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, AND 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>NR-AXSPA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN HA UN NSAID, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: CD: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>PSA, AS, PSO, NR-AXSPA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN., Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CETUXIMAB

Productos Afectados

- ERBITUX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CLADRIBINE

Productos Afectados

- MAVENCLAD (10 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (4 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (5 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (6 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (7 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (8 TABLET PACK)
- MAVENCLAD (9 TABLET PACK)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/ RENOVACIÓN: 48 SEMANAS.
Otros Criterios	<p>FORMA RECIDIVANTE DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM): INICIAL: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE DOS AÑOS DE TRATAMIENTO CON MAVENCLAD (P. EJ., CURSOS DE TRATAMIENTO BIANUALES DE DOS CICLOS CADA UNO).</p> <p>RENOVACIÓN: 1) HA DEMOSTRADO BENEFICIO CLÍNICO EN COMPARACIÓN CON EL ESTADO DE REFERENCIA PREVIO AL TRATAMIENTO., 2) NO TIENE LINFOPENIA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE DOS AÑOS DE TRATAMIENTO CON MAVENCLAD (P. EJ., CURSOS DE TRATAMIENTO BIANUALES DE DOS CICLOS CADA UNO).</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CLOBAZAM-SYMPAZAN

Productos Afectados

- SYMPAZAN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (SLG): LA TERAPIA ES RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	SLG: 1) INCAPACIDAD DE TOMAR COMPRIMIDOS O SUSPENSIONES, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DE FORMULARIO DE CLOBAZAM.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

COBIMETINIB

Productos Afectados

- COTELLIC

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CORTICOTROPIN

Productos Afectados

- ACTHAR
- ACTHAR SELFJECT
- SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML
- CORTROPHIN GEL

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Información Médica Requerida	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de edad	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de proveedor	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Duración de Cobertura	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Otros Criterios	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Indicaciones	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Usos no indicados	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Prerrequisito de la Parte B	SÍ

CRIZOTINIB CAPSULE

Productos Afectados

- XALKORI ORAL CAPSULE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

CRIZOTINIB PELLETS

Productos Afectados

- XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP), LINFOMA ANAPLASICO DE CÉLULAS GRANDES (ALCL), TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATORIO (IMT): INCAPACIDAD DE TRAGAR LAS CÁPSULAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DABRAFENIB CAPSULES

Productos Afectados

- TAFINLAR ORAL CAPSULE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DABRAFENIB SUSPENSION

Productos Afectados

- TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	INCAPACIDAD DE TRAGAR LAS CÁPSULAS DE TAFINLAR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DACOMITINIB

Productos Afectados

- VIZIMPRO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP) METASTÁSICO: NO ESTÁN EN TRATAMIENTO CONCURRENTES CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- *dalfampridine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM): INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 3 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	EM: INICIAL: TIENE SÍNTOMAS DE UNA DISCAPACIDAD PARA CAMINAR, COMO DEBILIDAD LEVE A MODERADA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES BILATERAL O DEBILIDAD UNILATERAL. DEBILIDAD MÁS ATAXIA DE EXTREMIDAD INFERIOR O TRUNCAL. RENOVACIÓN: MEJORA LA CAPACIDAD PARA CAMINAR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DARATUMUMAB

Productos Afectados

- DARZALEX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DARATUMUMAB-HYALURONIDASE-FIHJ

Productos Afectados

- DARZALEX FASPRO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DAROLUTAMIDE

Productos Afectados

- NUBEQA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	<p>INICIAL: CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (NMCRPC): CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO (P. EJ., NIVELES DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECÍFICO [PSA] EN AUMENTO RÁPIDO).</p> <p>NMCRPC, CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LAS HORMONAS (MHSPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) CASTRAR NIVEL DE TESTOSTERONA (P. EJ., MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).</p> <p>RENOVACIÓN: NMCRPC, MHSPC: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) CASTRAR NIVEL DE TESTOSTERONA (P. EJ., MENOS DE 50 NG/DL)), O 3) USO CONCURRENTE CON UN ANÁLOGO GNRH.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

DASATINIB

Productos Afectados

- *dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg*
- SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TRATADO PREVIAMENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (LMC Ph+): ANÁLISIS MUTACIONAL PREVIO A LA INICIACIÓN Y SPRYCEL ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DEL NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DECITABINE/CEDAZURIDINE

Productos Afectados

- INQOVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DEFERASIROX

Productos Afectados

- *deferasirox*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Información Médica Requerida	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de edad	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de proveedor	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Duración de Cobertura	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Otros Criterios	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Indicaciones	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Usos no indicados	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Prerrequisito de la Parte B	No

DEFERIPRONE

Productos Afectados

- *deferiprone*
- FERRIPROX ORAL SOLUTION

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	SOBRECARGA DE HIERRO TRANSFUSIONAL: RENOVACIÓN: NIVELES DE FERRITINA SÉRICA CONSISTENTEMENTE POR ENCIMA DE 500 MCG/L (AL MENOS DOS VALORES DE LABORATORIO EN LOS TRES MESES ANTERIORES).
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	SOBRECARGA DE HIERRO TRANSFUSIONAL: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO O HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: SOBRECARGA TRANSFUSIONAL DE HIERRO POR SÍNDROMES DE TALASEMIA: 1) ENSAYO, CONTRAINDICACIÓN, TOXICIDADES INTOLERABLES O EFECTOS ADVERSOS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS DE UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE DEFERASIROX O DEFEROXAMINA. O 2) LA TERAPIA DE QUELACIÓN ACTUAL (P. EJ., LA VERSIÓN DE FORMULARIO DE DEFERASIROX O DEFEROXAMINA) ES INADECUADA.</p> <p>SOBRECARGA TRANSFUSIONAL DE HIERRO DEBIDO A ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES U OTRAS ANEMIAS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE DEFERASIROX O DEFEROXAMINA.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

DENOSUMAB-XGEVA

Productos Afectados

- XGEVA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DEUTETRABENAZINE

Productos Afectados

- AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG
- AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG,
- 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG
- AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)

Crterios	Detalles del Criterio
Crterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO.</p> <p>DISCINESIA TARDIVE: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA, O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO.</p>
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Crterios	DISCINESIA TARDIVE: HISTORIA DEL USO DE AGENTES QUE CAUSAN DISCINESIA TARDIVE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DICLOFENAC TOPICAL GEL

Productos Afectados

- *diclofenac sodium topical gel 3 %*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DICLOFENAC TOPICAL SOLUTION

Productos Afectados

- *diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	6 MESES
Otros Criterios	OSTEOARTRITIS DE LA RODILLA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN FORMULARIA DE DICLOFENACO SÓDICO AL 1% EN GEL TÓPICO Y UNA VERSIÓN FORMULARIA DE DICLOFENACO SÓDICO AL 1.5% EN GOTAS TÓPICAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DIMETHYL FUMARATE

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DIROXIMEL FUMARATE

Productos Afectados

- VUMERITY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DOSTARLIMAB-GXLY

Productos Afectados

- JEMPERLI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DRONABINOL CAPSULE

Productos Afectados

- *dronabinol*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	6 MESES
Otros Criterios	<p>NÁUSEA Y VÓMITOS ASOCIADOS A LA QUIMIOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA ANTIEMÉTICA.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE, PARA LA INDICACIÓN DE NÁUSEA Y VÓMITOS ASOCIADOS CON LA QUIMIOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DROXIDOPA

Productos Afectados

- *droxidopa*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA (NOH): INICIAL: 1) LECTURAS DE PRESIÓN ARTERIAL BASE MIENTRAS EL PACIENTE ESTÁ SENTADO Y TAMBIÉN DENTRO DE LOS 3 MINUTOS DE PONERSE DE PIE DESDE UNA POSICIÓN SUPINA. 2) UNA DISMINUCIÓN DE AL MENOS 20 MMHG EN LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA O 10 MMHG EN LA PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA DENTRO DE LOS TRES MINUTOS DESPUÉS DE PONERSE DE PIE DESDE UNA POSICIÓN SENTADA.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	NOH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO O CARDIÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 3 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	NOH: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDO DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DUPILUMAB

Productos Afectados

- DUPIXENT PEN
- DUPIXENT SYRINGE

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: ASMA EOSINOFÍLICA: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE 150 A 1500 CÉLULAS/MCL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.</p> <p>ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA (EOE): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIOPSIA.</p> <p>DERMATITIS ATÓPICA (AD): AD QUE CUBRE AL MENOS EL 10 POR CIENTO DE LA SUPERFICIE CORPORAL O DA QUE AFECTA LA CARA, LA CABEZA, EL CUELLO, LAS MANOS, LOS PIES, LAS INGLE O LAS ZONAS INTERTRIGINOSAS.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>INICIAL: AD, PRURIGO NODULAR (PN): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p> <p>ASMA: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR.</p> <p>RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL (CRSWNP): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p> <p>EOE: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO, ALERGIA O INMUNÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: AD, CRSWNP, EOE, PN: 6 MESES, ASMA: 4 MESES. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: 12 MOS.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: AD: 1) PRURITO INTRATABLE O AGRIETAMIENTO/SUPRIMACIÓN/SANGRE DE LA PIEL</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>AFFECTADA, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TÓPICO (CORTICOSTEROIDE, INHIBIDOR DE LA CALCINEURINA, INHIBIDOR DE PDE4 O INHIBIDOR DE JAK), Y 3) SIN USO CONCURRENTES CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O INHIBIDORES DE JAK PARA AD.</p> <p>ASMA: 1) TERAPIA CONCURRENTES CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, 2) UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIERE UNA RÁFAGA DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS QUE DURÓ 3 O MÁS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN, O VISITA A SALA DE EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O CONTROL DEFICIENTE DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO SE EVIDENCIA POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: (A) SÍNTOMAS DE ASMA DURANTE EL DÍA MÁS DE DOS VECES A LA SEMANA, (B) CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, (C) SABA PARA ALIVIO DE SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES A LA SEMANA, (D) CUALQUIER LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEBIDA AL ASMA, Y 3) NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON XOLAIR, TEZSPIRE O OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE ANTI-IL5 CUANDO SE UTILIZAN PARA EL ASMA.</p> <p>CRSWNP: 1) EVIDENCIA DE PÓLIPOS NAALES MEDIANTE EXAMEN DIRECTO, ENDOSCOPIA O UNA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE LOS SENOS PARANAALES, 2) ENFERMEDAD INSUFICIENTEMENTE CONTROLADA, DETERMINADA POR EL USO DE ESTEROIDES SISTÉMICOS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS O CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE LOS SENOS PARANAALES, 3) UNA PRUEBA DE 56 DÍAS DE UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, Y 4) SIN USO CONCURRENTES CON OTRO PRODUCTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PN: 1) PRURITIS CRÓNICO (PICOR DURANTE MÁS DE 6 SEMANAS), MÚLTIPLES LESIONES PRURIGINOSAS Y ANTECEDENTES O SIGNOS DE COMPORTAMIENTO DE RASCADO PROLONGADO, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TÓPICO (CORTICOSTEROIDE O CALCIPOTRIOL).</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>RENOVACIÓN: AD: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTROS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O INHIBIDORES DE JAK PARA EL AD.</p> <p>EOE: MEJORA DURANTE LA TERAPIA.</p> <p>CRSWNP: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA, Y 2) NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON OTROS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ASMA: 1) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON XOLAIR, TEZSPIRE, O OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE ANTI-IL5 PARA EL ASMA, 2) USO CONTINUADO DE ICS Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA CON RESPECTO AL VALOR BASE, (B) DISMINUCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) AUMENTO DEL PORCENTAJE PREVISTO DE FEV1 CON RESPECTO AL VALOR BASE ANTES DEL TRATAMIENTO, O (D) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA.</p> <p>PN: MEJORA O REDUCCIÓN DEL PRURITIS O LESIONES PRURIGINOSAS</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DUVELISIB

Productos Afectados

- COPIKTRA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

EFLAPEGRASTIM-XNST

Productos Afectados

- ROLVEDON

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	MALIGNIDAD NO MIELOIDE: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	NON MALIGNIDAD NO MIELOIDE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: NYVEPRIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

EFLORNITHINE

Productos Afectados

- IWILFIN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	24 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ELACESTRANT

Productos Afectados

- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ELAFIBRANOR

Productos Afectados

- IQIRVO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Información Médica Requerida	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de edad	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de proveedor	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Duración de Cobertura	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Otros Criterios	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Indicaciones	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Usos no indicados	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Prerrequisito de la Parte B	No

ELAGOLIX

Productos Afectados

- ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	DOLOR MODERADO A SEVERO ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS: INICIAL: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (P.EJ., ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (P. EJ., LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
Restricciones de edad	DOLOR MODERADO A SEVERO ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS: INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS
Restricciones de proveedor	DOLOR MODERADO A SEVERO ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN OBSTETRA/GINECÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	DOLOR MODERADO A SEVERO ASOCIADO CON ENDOMETRIOSIS: INICIAL: 1) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN CON UN NSAID Y UNA PREPARACIÓN QUE CONTIENE PROGESTINA. RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL DOLOR ASOCIADO A LA ENDOMETRIOSIS DURANTE LA TERAPIA, Y 2) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ELAPEGADEMASE-LVLR

Productos Afectados

- REVCOVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	DEFICIENCIA INMUNOLÓGICA COMBINADA GRAVE DE ADENOSINA DEAMINASA (ADA-SCID): INICIAL: ADA-SCID COMO SE MANIFIESTA POR: 1) PRUEBA GENÉTICA CONFIRMACIÓN, O 2) LABORATORIO SUGESTIVOS (P. EJ., NIVELES ELEVADOS DE NUCLEÓTIDO DE DESOXIADENOSINA [DAXP] NIVELES, LINFOPENIA) Y SIGNOS/SÍNTOMAS DISTINTIVOS (P. EJ., INFECCIONES RECURRENTES, FALTA DE CRECIMIENTO, DIARREA PERSISTENTE).
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	ADA-SCID: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN INMUNÓLOGO, HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO O MÉDICO ESPECIALIZADO EN TRASTORNOS METABÓLICOS HEREDITARIOS.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	ADA-SCID: RENOVACIÓN: 1) MEJORA O MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN INMUNITARIA DESDE EL ESTADO BASE, Y 2) NO HA RECIBIDO HCT O TERAPIA GÉNICA EXITOSA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ELEXACAFITOR-TEZACAFITOR-IVACAFITOR

Productos Afectados

- TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL
- TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	FIBROSIS QUÍSTICA (CF): INICIAL: MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	CF: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: POR VIDA.
Otros Criterios	CF: RENOVACIÓN: 1) MANTENIDA, MEJORADA O DEMOSTRADA UNA DISMINUCIÓN MENOR A LA ESPERADA EN EL FEV1 O EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC), O 2) REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EXACERBACIONES PULMONARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ELIGLUSTAT

Productos Afectados

- CERDELGA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ELRANATAMAB-BCMM

Productos Afectados

- ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F
- ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>MIELOMA MÚLTIPLE RECIDIVANTE O REFRACTARIO: RENOVACIÓN: 1) HA RECIBIDO AL MENOS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON ELREXFIO, Y 2) HA RESPONDIDO AL TRATAMIENTO (RESPUESTA PARCIAL O MEJOR) Y HA MANTENIDO ESTA RESPUESTA DURANTE AL MENOS 2 MESES.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ELTROMBOPAG - ALVAIZ

Productos Afectados

- ALVAIZ

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE CRÓNICA O PERSISTENTE: (ITP): INICIAL: 1) EL RECUENTO DE PLAQUETAS ES MENOR A $30 \times 10^9/L$ EN AL MENOS 2 ANÁLISIS SEPARADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, O 2) EL RECUENTO DE PLAQUETAS ES MENOR A $50 \times 10^9/L$ EN AL MENOS 2 ANÁLISIS DE LABORATORIOS SEPARADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES Y TUVO UN EVENTO DE SANGRADO PREVIO.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	INICIAL: ITP: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO.
Duración de Cobertura	ITP: INICIAL: 2 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. HEPATITIS C, ANEMIA APLÁSICA SEVERO: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: ITP:</p> <p>1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE CORTICOSTEROIDES O INMUNOGLOBULINAS, O RESPUESTA INSUFICIENTE A LA ESPLENECTOMÍA, Y 2) SIN USO CONCURRENTES CON OTROS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS) O INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO (SYK).</p> <p>RENOVACIÓN: ITP:</p> <p>1) MEJORA DEL RECUENTO DE PLAQUETAS CON RESPECTO AL VALOR BASE O REDUCCIÓN DE LOS EVENTOS HEMORRAGÓGICOS, Y 2) NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE TPO-RAS O SYK.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

ELTROMBOPAG - PROMACTA

Productos Afectados

- PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG, 25 MG
- PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>TROMBOCITOPENIA INMUNE CRÓNICA O PERSISTENTE: (ITP): INICIAL:</p> <p>1) EL RECUENTO DE PLAQUETAS ES MENOR A $30 \times 10^9/L$ EN AL MENOS 2 ANÁLISIS SEPARADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, O 2) EL RECUENTO DE PLAQUETAS ES MENOR A $50 \times 10^9/L$ EN AL MENOS 2 ANÁLISIS DE LABORATORIOS SEPARADOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES Y TUVO UN EVENTO DE SANGRADO PREVIO.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>INICIAL: ITP: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>ITP: INICIAL: 2 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. HEPATITIS C, ANEMIA APLÁSICA SEVERO: 12 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: ITP:</p> <p>1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE CORTICOSTEROIDES O INMUNOGLOBULINAS, O RESPUESTA INSUFICIENTE A LA ESPLENECTOMÍA, Y 2) SIN USO CONCURRENTES CON OTROS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS) O INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO (SYK). TODAS LAS INDICACIONES: LA APROBACIÓN DE LOS PAQUETES DE SUSPENSIÓN ORAL DE PROMACTA REQUIERE UNA PRUEBA DE LAS TABLETAS DE PROMACTA O SI EL PACIENTE NO PUEDE TOLERARLA LA FORMULACIÓN EN TABLETAS.</p> <p>RENOVACIÓN: ITP:</p> <p>1) MEJORA DEL RECUENTO DE PLAQUETAS CON RESPECTO AL VALOR BASE O REDUCCIÓN DE LOS EVENTOS HEMORRAGÓGICOS, Y 2) NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE TPO-RAS O SYK.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ENASIDENIB

Productos Afectados

- IDHIFA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ENCORAFENIB

Productos Afectados

- BRAFTOVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ENTRECTINIB CAPSULES

Productos Afectados

- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ENTRECTINIB PELLETS

Productos Afectados

- ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC), METASTÁSICO, TUMORES SÓLIDOS: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LAS CÁPSULAS DE ROZLYTREK CONVERTIDA EN SUSPENSIÓN ORAL, Y 2) DIFICULTAD O INCAPACIDAD PARA TRAGAR CÁPSULAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ENZALUTAMIDE

Productos Afectados

- XTANDI ORAL CAPSULE
- XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: 12 MESES. RENOVACIÓN: MCRPC, NMCRPC, MCSPC: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (NMCRPC): CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO (P. EJ., NIVELES DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECÍFICO [PSA] EN AUMENTO RÁPIDO).</p> <p>CÁNCER DE PRÓSTATA SENSIBLE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (NMCSPC): ALTO RIESGO DE METÁSTASIS (P. EJ., DUPLICACIÓN DEL PSA TIEMPO DE 9 MESES O MENOS).</p> <p>METASTÁSICO CRPC (MCRPC), NMCRPC, METASTÁSICO CSPC (MCSPC), NMCSPC: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL CASTRADO DE TESTOSTERONA (P. EJ., MENOS DEL 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTES CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).</p> <p>RENOVACIÓN: MCRPC, NMCRPC, MCSPC: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL CASTRADO DE TESTOSTERONA (P. EJ., MENOS DEL 50 NG/DL), O 3) CONCURRENTES USO CON UN</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

EPCORITAMAB-BYSP

Productos Afectados

- EPKINLY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

EPOETIN ALFA-EPBX

Productos Afectados

- RETACRIT INJECTION SOLUTION 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML, 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML,

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (CKD), ANEMIA RELACIONADA CON ZIDOVUDINE, O QUIMIOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER: EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES INFERIOR A 10 G/DL.</p> <p>CIRUGÍA ELECTIVA, NO CARDÍACA, NO VASCULAR: EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES MENOR A 13G/DL.</p> <p>RENOVACIÓN: 1) CKD EN ADULTOS QUE NO ESTÁN EN DIÁLISIS: (A) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES MENOR A 10 G/DL, O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA HA ALCANZADO 10 G/DL Y LA DOSIS SE ESTÁ REDUCIENDO O SE HA REDUCIDO/INTERRUMPIDO PARA DISMINUIR LA NECESIDAD DE TRANSFUSIONES DE SANGRE. 2) CKD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: (A) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES MENOR A 10 G/DL, O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA SE HA APROXIMADO O SUPERADO LOS 12 G/DL Y LA DOSIS SE ESTÁ REDUCIENDO O SE HA REDUCIDO/INTERRUMPIDO PARA DISMINUIR LA NECESIDAD DE TRANSFUSIONES DE SANGRE. 3) ANEMIA RELACIONADA CON ZIDOVUDINE: NIVEL DE HEMOGLOBINA ENTRE 10G/DL Y 12G/DL. 4) QUIMIOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER: (A) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES INFERIOR A 10 G/DL, O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA NO EXCEDE UN NIVEL NECESARIO PARA EVITAR RBC TRANSFUSIÓN.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	

Criterios	Detalles del Criterio
Duración de Cobertura	ANEMIA POR QUIMIOTERAPIA/CKD SIN DIÁLISIS/ZIDOVUDINE: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES. CIRUGÍA: 1 MONTH.
Otros Criterios	RENOVACIÓN: CKD: NO RECIBE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS. ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS PARA ENFERMEDADES RENALES EN ETAPA TERMINAL O CUBIERTO POR MEDICARE PARTE D DEPENDIENDO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ERDAFITINIB

Productos Afectados

- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ERLOTINIB

Productos Afectados

- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) METASTÁSICO CON MUTACIÓN DEL EGFR: NO RECIBE TRATAMIENTO CONCURRENTES CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ESKETAMINE

Productos Afectados

- SPRAVATO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	INICIAL: DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO (TRD), TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (MDD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN PSIQUIATRISTA.
Duración de Cobertura	INICIAL: TRD: 3 MESES. MDD: 4 SEMENAS. RENOVACIÓN: TRD, MDD: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: TRD: 1) DEPRESIÓN UNIPOLAR NO PSICÓTICA, 2) SIN ABUSO DE SUSTANCIAS ACTIVAS, Y 3) ENSAYO ADECUADO (AL MENOS 4 SEMANAS) DE AL MENOS DOS AGENTES ANTIDEPRESIVOS DE DISTINTAS CLASES QUE ESTÉN INDICADOS PARA LA DEPRESIÓN. MDD: 1) DEPRESIÓN UNIPOLAR NO PSICÓTICA, Y 2) SIN ABUSO DE SUSTANCIAS ACTIVAS. RENOVACIÓN: TRD, MDD: BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO (MEJORA DE LA DEPRESIÓN) EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ETANERCEPT

Productos Afectados

- ENBREL
- ENBREL MINI
- ENBREL SURECLICK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p> <p>PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: RA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ CON METHOTREXATE, ENTONCES SE REQUIERE UNA ENSAYO CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA.</p> <p>PJA, PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>AS: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A UN NSAID, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSO: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA) PARA EL TRATAMIENTO DE PSO, (B) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS INMUNOSUPRESORES Y A LA PUVA PARA EL TRATAMIENTO DE PSO, O (C) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, UN INHIBIDOR DE PDE-4 O UN INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>PJIA, PSA, AS, PSO: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, Y 2) NO SE USA CONCURRENTEMENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

EVEROLIMUS-AFINITOR

Productos Afectados

- *everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*
- *torpenz oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

EVEROLIMUS-AFINITOR DISPERZ

Productos Afectados

- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FECAL MICROBIOTA CAPSULE

Productos Afectados

- VOWST

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	30 DÍAS
Otros Criterios	INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFÍCIL (CDI): 1) NO HA RECIBIDO PREVIAMENTE VOWST: FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PARA CDI RECURRENTE (AL MENOS 3 EPISODIOS DE CDI), OR 2) RECIBIDO PREVIAMENTE VOWST: (A) FALLIDO EL TRATAMIENTO (DEFINIDO COMO LA PRESENCIA DE DIARREA POR CDI DENTRO DE LAS 8 SEMANAS POSTERIORES A LA PRIMERA DOSIS DE VOWST Y UNA PRUEBA DE HECES POSITIVA PARA C. DIFFICILE), Y (B) NO HA RECIBIDO MÁS DE UN CURSO DE TRATAMIENTO DE VOWST QUE HAYA SIDO DURADO AL MENOS 12 DÍAS Y NO MÁS DE 8 SEMANAS ANTES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FEDRATINIB

Productos Afectados

- INREBIC

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	MIELOFIBROSIS: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE JAKAFI (RUXOLITINIB). RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDO DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FENFLURAMINE

Productos Afectados

- FINTEPLA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: SÍNDROME DE DRAVET, SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (LGS); RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	SÍNDROME DE DRAVET: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES. LGS: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: LGS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS: RUFINAMIDE, FELBAMATE, CLOBAZAM, TOPIRAMATE, LAMOTRIGINE, CLONAZEPAM.</p> <p>RENOVACIÓN: SÍNDROME DE DRAVET: EL PACIENTE HA DEMOSTRADO BENEFICIO CLÍNICO CONTINUO (P. EJ., REDUCCIÓN DE LAS CONVULSIONES, REDUCCIÓN DE LA DURACIÓN DE LAS CONVULSIONES, MANTENIMIENTO DEL CONTROL DE LAS CONVULSIONES).</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FENTANYL CITRATE

Productos Afectados

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	<p>DOLOR RELACIONADO CON EL CÁNCER: 1) ACTUALMENTE TOMANDO UNA DOSIS DE MANTENIMIENTO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES DE LIBERACIÓN CONTROLADA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE AL MENOS UN ANALGÉSICO OPIOIDE ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA O EL PACIENTE TIENE DIFICULTAD PARA TRAGAR TABLETAS/CÁPSULAS.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FEZOLINETANT

Productos Afectados

- VEOZAH

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	<p>SÍNTOMAS VASOMOTORES DE LA MENOPAUSIA (VMS): INICIAL: 1) EXPERIMENTA 7 O MÁS SOFOCOS POR DÍA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA TERAPIA HORMONAL (P. EJ., PARCHE TRANSDÉRMICO DE ESTRADIOL, ESTRÓGENOS CONJUGADOS ORALES).</p> <p>RENOVACIÓN: 1) NECESIDAD CONTINUA DE TRATAMIENTO DE VMS (ES DECIR, SOFOCOS PERSISTENTES), Y 2) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA O GRAVEDAD DE LOS SÍNDROMES VÁLIDOS DEBIDO AL TRATAMIENTO CON VEOZAH.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FILGRASTIM-AAFI

Productos Afectados

- NIVESTYM

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FILGRASTIM-SNDZ

Productos Afectados

- ZARXIO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO NIVESTYM, CUANDO LAS INDICACIONES COINCIDEN.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FINERENONE

Productos Afectados

- KERENDIA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FINGOLIMOD

Productos Afectados

- *fingolimod*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FOSTAMATINIB

Productos Afectados

- TAVALISSE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE CRÓNICA (CITP): INICIAL: 1) RECUENTO DE PLAQUETAS DE $30 \times 10^9/L$ AL MENOS 2 PRUEBAS DE LABORATORIO SEPARADAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, O 2) RECUENTO DE PLAQUETAS DE $50 \times 10^9/L$ AL MENOS 2 PRUEBAS DE LABORATORIO SEPARADAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES Y UN EVENTO DE SANGRADO PREVIO.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	CITP: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO U INMUNÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 3 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	CITP: INICIAL: SIN USO CONCURRENTE CON AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS). RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL RECUENTO DE PLAQUETAS CON RESPECTO AL VALOR BASE O REDUCCIÓN DE LOS EVENTOS HEMORRAGÓGICOS, Y 2) SIN USO CONCURRENTE CON TPO-RAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FREMANEZUMAB-VFRM

Productos Afectados

- AJOVY AUTOINJECTOR
- AJOVY SYRINGE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: INICIAL: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DE LA MIGRAÑA: DIVALPROEX SODIUM, TOPIRAMATE, PROPRANOLOL, TIMOLOL, AND 2) NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA.</p> <p>RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA MIGRAÑA O DEL DOLOR DE CABEZA, DE LA GRAVEDAD O DE LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON TERAPIA, Y 2) NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FRUQUINTINIB

Productos Afectados

- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

FUTIBATINIB

Productos Afectados

- LYTGABI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO (ICCA): COMPLETAR UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL, INCLUYENDO UNA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT), ANTES DEL INICIO DE LA TERAPIA Y EN LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GALCANEZUMAB-GNLM

Productos Afectados

- EMGALITY PEN MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)
- EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: 6 MESES. DOLOR DE CABEZA EPISÓDICO EN RACIMOS: 3 MESES. RENOVACIÓN (ALL): 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: 1) NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS PARA LA MIGRAÑA: DIVALPROEX SODIUM, TOPIRAMATE, PROPRANOLOL, TIMOLOL.</p> <p>RENOVACIÓN: PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: 1) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA MIGRAÑA O DEL DOLOR DE CABEZA, DE LA GRAVEDAD O DE LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON TERAPIA, Y 2) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTROS INHIBIDORES DEL CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA. DOLOR DE CABEZA EPISÓDICO EN RACIMOS: MEJORA EL DOLOR DE CABEZA EPISÓDICO EN RACIMOS FRECUENCIA EN COMPARACIÓN CON LA BASE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.

Crterios	Detalles del Criterio
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GANAXOLONE

Productos Afectados

- ZTALMY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GEFITINIB

Productos Afectados

- *gefitinib*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP) METASTÁSICO CON MUTACIÓN DEL EGFR: NO ESTÁ EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GILTERITINIB

Productos Afectados

- XOSPATA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLASDEGIB

Productos Afectados

- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG,
25 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLATIRAMER

Productos Afectados

- *glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml*
- *glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40 mg/ml*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR

Productos Afectados

- MAVYRET ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	NIVEL DE HCV RNA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LA ORIENTACIÓN ACTUAL DE AASLD/IDSA.
Otros Criterios	<p>1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA GUÍA ACTUAL DE AASLD/IDSA,</p> <p>2) UNO DE LOS SIGUIENTES, CUANDO ESTOS AGENTES SE CONSIDERAN ACEPTABLES PARA EL TRATAMIENTO DEL GENOTIPO ESPECÍFICO SEGÚN LA GUÍA AASLD/IDSA: (A) PRUEBA BREVE DE UN AGENTE DE FORMULARIO PREFERIDO: HARVONI OR EPCLUSA, O (B) CONTRAINDICACIÓN PARA AMBOS AGENTES PREFERIDOS DEL FORMULARIO: HARVONI AND EPCLUSA,</p> <p>3) NO TOMAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINE, RIFAMPIN, ETHINYL ESTRADIOL-CONTENIENDO MEDICAMENTOS, ATAZANAVIR, DARUNAVIR, LOPINAVIR, RITONAVIR, EFAVIRENZ, ATORVASTATIN, LOVASTATIN, SIMVASTATIN, ROSUVASTATIN EN DOSIS MAYORES A 10 MG, CYCLOSPORINE EN DOSIS MAYOR DE 100MG POR DÍA, EPCLUSA, HARVONI, VOSEVI, O ZEPATIER,</p> <p>4) EL PACIENTE NO DEBE TENER FRACASO PREVIO DE UN RÉGIMEN DE DAA CON INHIBIDOR DE NS5A E INHIBIDOR DE LA PROTEASA DEL HCV, Y</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	5) NO TIENE INFLUENCIA DE HEPÁTICA MODERADA O GRAVE (CHILD-PUGH B O C).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLP1-DULAGLUTIDE

Productos Afectados

- TRULICITY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLP1-SEMAGLUTIDE

Productos Afectados

- OZEMPIC
- RYBELSUS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLP1-TIRZEPATIDE

Productos Afectados

- MOUNJARO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GLYCEROL PHENYL BUTYRATE

Productos Afectados

- RAVICTI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA (UCD): INICIAL: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS ENZIMÁTICAS, BIOQUÍMICAS O GENÉTICAS.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	UCD: INICIAL: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DEL FENILBUTIRATO DE SODIO. RENOVACIÓN: EL PACIENTE TIENE BENEFICIO CLINICO DESDE LA LÍNEA DE BASE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GOSERELIN

Productos Afectados

- ZOLADEX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (P. EJ., ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (P. EJ., LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ENDOMETRIOSIS: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN OBSTETRA/GINECÓLOGO.
Duración de Cobertura	CARCINOMA DE PRÓSTATA ESTADIO B2-C: 4 MESES. ENDOMETRIOSIS: 6 MESES POR VIDA. TODOS LOS DEMAS: 12 MESES.
Otros Criterios	ENDOMETRIOSIS: 1) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN HA NSAID Y PREPARADOS QUE CONTIENEN PROGESTINAS, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 6 MESES DE TRATAMIENTO POR VIDA. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

GUSELKUMAB

Productos Afectados

- TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR
- TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: SORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>PSA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO USO CONCURRENTENTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSO: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) L MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) OR PUVA (PHOTOTHERAPY) PARA EL TRATAMIENTO DE PSO, (B) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS INMUNOSUPRESORES Y A LA PUVA PARA EL TRATAMIENTO DE PSO, O (C) L PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN INHIBIDOR BIOLÓGICO, DE PDE-4 O DE JAK DIFERENTE PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	RENOVACIÓN: PSO, PSA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, Y 2) NO SE USA CONCURRENTEMENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

HIGH CONCENTRATION ORAL OPIOID SOLUTIONS

Productos Afectados

- *morphine concentrate oral solution*
- *oxycodone oral concentrate*

Crterios	Detalles del Criterio
Crterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	TOLERANTE A LOS OPIOIDES: 12 MESES. HOSPICIO, CUIDADOS PALIATIVOS O CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: POR VIDA.
Otros Crterios	1) TOLERANTE A LOS OPIOIDES (P. EJ., USO PREVIO DE 60 MG DE MORFINA ORAL AL DÍA, 25 MCG DE FENTANILO TRANSDÉRMICO POR HORA, 30 MG DE OXICODONA ORAL AL DÍA, 8 MG DE HIDROMORFONA ORAL AL DÍA, 25 MG DE OXIMORFONA ORAL AL DÍA, 60 MG DE HIDROCODONA ORAL AL DÍA O UNA DOSIS EQUIANALGÉSICA DE OTRO OPIOIDE) Y TIENE PROBLEMAS PARA TRAGAR TABLETAS, CÁPSULAS O GRANDES VOLÚMENES DE LÍQUIDO CON OPIOIDES, O 2) INSCRITO EN UN HOSPICE O CUIDADOS PALIATIVOS O CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IBRUTINIB

Productos Afectados

- IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA ORAL SUSPENSION
- IMBRUVICA ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IBUPROFEN-FAMOTIDINE

Productos Afectados

- *ibuprofen-famotidine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ENSAYO DE UNO DE LOS SIGUIENTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR H2 DE HISTAMINA GENÉRICOS DE LEYENDA FEDERAL: FAMOTIDINE, CIMETIDINE, OR NIZATIDINE, Y ENSAYO DE GENÉRICO IBUPROFENO DE LEYENDA FEDERAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ICATIBANT

Productos Afectados

- *icatibant*
- *sajazir*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIA (HAE): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	HAE: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ALERGÓLOGO, INMUNÓLOGO O HEMATÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	HAE: NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON OTROS MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ATAQUES AGUDOS DE AEH.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IDELALISIB

Productos Afectados

- ZYDELIG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IMATINIB

Productos Afectados

- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: 36 MESES. TODOS LOS DEMÁS DIAGNÓSTICOS: 12 MESES.
Otros Criterios	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA POSITIVO DE FILADELFIA: PACIENTE NO HA RECIBIDO UN TRATAMIENTO ANTERIOR CON OTRO INHIBIDOR DE CINASA TIROSINA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IMETELSTAT

Productos Afectados

- RYTELO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INFIGRATINIB

Productos Afectados

- TRUSELTIQ

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	COLANGIOCARCINOMA: SE REALIZARÁ UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL, INCLUIDA LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT), ANTES DE INICIAR LA TERAPIA Y EN LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INFLIXIMAB

Productos Afectados

- *infiximab*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL O LA CARA.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p> <p>PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.</p> <p>ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>CONCURRENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSO: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>MODERADO A SEVERO CD: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES COINCIDEN: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES COINCIDEN: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, AND 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>AS, PSO, PSA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. UC, MODERADO A SEVERO CD: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INFLIXIMAB-ABDA

Productos Afectados

- RENFLEXIS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL:</p> <p>ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p> <p>PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO</p> <p>ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSO: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>MODERADO A SEVERO CD: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES SE ALINEAN: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES SE ALINEAN: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>AS, PSO, PSA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>UC, MODERADO A SEVERO CD: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INFLIXIMAB-AXXQ

Productos Afectados

- AVSOLA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PLAQUE PSORIASIS (PSO): PSORIASIS COVERING 3 PERCENT OR MORE OF BODY SURFACE AREA OR PSORIATIC LESIONS AFFECTING THE HANDS, FEET, GENITAL AREA, OR FACE.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL:</p> <p>ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p> <p>PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.</p> <p>ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSO: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>CD DE MODERADO A SEVERO: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES SE ALINEAN: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES SE ALINEAN: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>AS, PSO, PSA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, AND 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC, CD DE MODERADO A SEVERO: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INFLIXIMAB-DYYB - IV

Productos Afectados

- INFLECTRA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL:</p> <p>ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p> <p>PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.</p> <p>ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSO: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>CD DE MODERADO A SEVERO: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES SE ALINEAN: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS EDADES SE ALINEAN: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, AND 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN</p> <p>AS, PSO, PSA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, AND 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC, CD DE MODERADO A SEVERO: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INFLIXIMAB-DYYB - SQ

Productos Afectados

- ZYMFENTRA

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: COLITIS ULCEROSA (UC), ENFERMEDAD DE CROHN (CD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>UC: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>CD: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>UC, CD: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.

Crterios	Detalles del Criterio
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

DETERMINACIÓN DEL PAGO SUMINISTROS DE INSULINA

Productos Afectados

- 1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL, SINGLE-USE, SHRT
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2"
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32
- ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM
- ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM
- ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM
- ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM
- ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2"
- ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16
- ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G
- ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM
- ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G
- ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G
- ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G
- ALCOHOL 70% SWABS
- ALCOHOL PADS
- ALCOHOL PREP SWABS
- ALCOHOL WIPES
- AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM
- AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM
- ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM
- ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16"
- ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16"
- ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM
- ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX)
- ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64"
- ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64"
- BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G
- BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE
- BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC)
- BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)
- BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN)
- BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE
- BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1"
- BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"
- BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2"
- BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE
- BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC)
- BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE
- BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML
- BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM
- BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM
- BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G
- BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM
- BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM
- BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM
- BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G
- BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8
- BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM

- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G
- BD SINGLE USE SWAB
- BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G
- BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G
- BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G
- BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G
- BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G
- BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2)
- BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G
- BORDERED GAUZE 2"X2"
- CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G
- CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G
- CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G
- CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G
- CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD
- CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32"
- CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16"
- CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16"
- CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL
- CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE
- CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND
- COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16"
- COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16"
- COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML
- COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML
- COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM
- COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2"

- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16"
- COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"
- COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM
- CURAD GAUZE PADS 2" X 2"
- CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM
- CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG
- CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY)
- DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII
- DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY
- DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE
- DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM (1/2)
- DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM (1/2)
- DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM
- DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM
- DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM (1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM (1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM (1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM (1/2)
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM
- DROPLET MICRON 34G X 9/64"
- DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2"
- DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8"
- DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4"
- DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4"
- DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32"
- DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS
- DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- DRUG MART ULTRA COMFORT SYR
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2"

- EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16"
- EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE
- EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2"
- EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16"
- EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD
- EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4"
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16"
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16"
- EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32"
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM
- EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2"
- EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G
- EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS
GAMMA-STERILIZED
- EASY TOUCH FLIPLK 1 ML 27GX0.5
- EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2
- EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2
- EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML
RETRACTABLE
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16"
- EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32"
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G
5MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G
8MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G
5MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G
8MM
- EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G
12.7MM
- EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G
12.7MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM
- EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML
- EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM
- EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE
SHORT NEEDLE
- EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE
SHORT NEEDLE
- EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT
NEEDLE
- EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML
- FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16"
SHORT NEEDLE (OTC)
- FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16"
SHORT NEEDLE (OTC)
- FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE
(OTC)
- FP INSULIN 1 ML SYRINGE
- FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16"

- FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16
- FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16"
- FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16"
- GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "
- GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT
- GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR
- GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
- GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR
- HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G
- HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS
- INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G
- INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G
- INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G
- INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G
- INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G
- INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2)
- INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER (OTC)
- INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4
- INSULIN SYRINGE 1 ML
- INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"
- INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE
- INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE
- INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE
- INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE
- INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE
- INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16"
- INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM
- IV ANTISEPTIC WIPES
- KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD
- LISCO SPONGES 100/BAG
- LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE
- LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR
- LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR
- LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML
- LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G
- LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G
- LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16"
- LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16"
- LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2"

- LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16"
- MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML
- MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML
- MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML
- MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML
- MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML
- MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G
- MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2"
- MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM
- MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2"
- MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2"
- MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM
- MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM
- MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER
- MINI PEN NEEDLE 32G 4MM
- MINI PEN NEEDLE 32G 5MM
- MINI PEN NEEDLE 32G 6MM
- MINI PEN NEEDLE 32G 8MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 4MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 5MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 6MM
- MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE
- MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2"
- MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2"
- MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML
- MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML
- MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR U-100
- MONOJECT SYRINGE 0.3 ML
- MONOJECT SYRINGE 0.5 ML
- MONOJECT SYRINGE 1 ML
- NOVOFINE 30
- NOVOFINE 32G NEEDLES
- NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6"
- NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM
- PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT
- PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER
- PEN NEEDLE 30G 8MM INNER
- PEN NEEDLE 30G X 5/16"
- PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"
- PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM, STRL
- PEN NEEDLES 4MM 32G
- PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL
- PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM, STRL, SHORT (OTC)
- PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2"
- PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4"
- PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM
- PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM
- PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4"
- PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM
- PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM
- PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM
- PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4"
- PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2"
- PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2"

- PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PRO COMFORT PEN ND L 31GX5/16"
- PRO COMFORT PEN ND L 32G X 1/4"
- PRO COMFORT PEN ND L 4MM 32G
- PRO COMFORT PEN ND L 5MM 32G
- PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2"
- PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16"
- PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16"
- PURE CMFT SFTY PEN ND L 31G 5MM
- PURE CMFT SFTY PEN ND L 31G 6MM
- PURE CMFT SFTY PEN ND L 32G 4MM
- PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PURE COMFORT PEN ND L 32G 4MM
- PURE COMFORT PEN ND L 32G 5MM
- PURE COMFORT PEN ND L 32G 6MM
- PURE COMFORT PEN ND L 32G 8MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM
- RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR
- RELI-ON INSULIN 1 ML SYR
- RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"
- RELION MINI PEN 31G X 1/4" ND L
- RELION NEEDLES
- RELION PEN NEEDLES
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10
- SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM
- SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G
- SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"
- SECURES SAFE PEN ND L 30GX5/16" OUTER
- SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER
- SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER
- SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM
- SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM
- SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2)
- STERILE PADS 2" X 2"
- SURE CMFT SFTY PEN ND L 31G 6MM
- SURE CMFT SFTY PEN ND L 32G 4MM
- SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 1 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE
- SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE
- SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS
- SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4"
- SURE COMFORT PEN ND L 29GX1/2" 12.7MM
- SURE COMFORT PEN ND L 31G 5MM
- SURE COMFORT PEN ND L 31G 8MM
- SURE COMFORT PEN ND L 32G 4MM
- SURE COMFORT PEN ND L 32G 6MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM
- SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML
- SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML
- SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML
- SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML
- SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML
- SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS
- TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2)

- TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM
- TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2"
- TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32"
- TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM
- TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML
- TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML
- TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML
- TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-1 ML
- TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4"
- TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16"
- TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16"
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS
- TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16"
- ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2)
- ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4"
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
- ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2"
- ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G
- ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G
- ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G
- ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM
- ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G
- ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM

- ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G
- ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM
- ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2"
- ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16"
SHORT NDL
- ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2"
- ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16"
SHORT NDL
- ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16"
- ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM
- ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G
12.7MM
- ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G
12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G
8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G
8MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G
8MM
- ULTILET ALCOHOL STERL SWAB
- ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML
- ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML
- ULTILET PEN NEEDLE
- ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G
- ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2"
CONVERTS TO 29G
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2"
- ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
- ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2)
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM
29G
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16"
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16"
- ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2"
- ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM
- ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16"
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G
- ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G
- ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G
- ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2"
- ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16"
- ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2"
- ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32"
- UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM
- UNIFINE PENTIPS 12MM 29G
29GX12MM, STRL
- UNIFINE PENTIPS 31GX3/16"
31GX5MM, STRL, MINI
- UNIFINE PENTIPS 32GX1/4"
- UNIFINE PENTIPS 32GX5/32"
32GX4MM, STRL, NANO
- UNIFINE PENTIPS 33GX5/32"
- UNIFINE PENTIPS 6MM 31G
- UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16"
- UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G
- UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2"
12MM

- UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16"
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT
- UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32"
- UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32"
- UNIFINE PROTECT 30G 5MM
- UNIFINE PROTECT 30G 8MM
- UNIFINE PROTECT 32G 4MM
- UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16"
- UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16"
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM
- UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM
- UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM
- VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER
- VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16"
- VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR
- VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2"
- VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM
- VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER
- VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2"
- VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16"
- VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16"
- VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16"
- VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S, N-STERILE,3PLY
- WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S, LARGE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	POR VIDA
Otros Criterios	SÓLO CUBIERTO POR LA PARTE D DE MEDICARE CUANDO SE USA CONCURRENTEMENTE CON INSULINA.

Criterios	Detalles del Criterio
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INTERFERON FOR MS-AVONEX

Productos Afectados

- AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT
- AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT
- AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INTERFERON FOR MS-BETASERON

Productos Afectados

- BETASERON SUBCUTANEOUS KIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INTERFERON FOR MS-PLEGRIDY

Productos Afectados

- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML
- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INTERFERON GAMMA-1B

Productos Afectados

- ACTIMMUNE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA (CGD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO, ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O INMUNÓLOGO. OSTEOPETROSIS MALIGNA GRAVE (SMO): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO O HEMATÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	RENOVACIÓN: CGD, SMO: 1) BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO EN COMPARACIÓN CON LA LINEA DE BASE, Y 2) NO HA RECIBIDO TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IPILIMUMAB

Productos Afectados

- YERVOY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: UNRESECT/COMPLETÓ MEL: 4 MESES, RCC/CRC/HCC: 3 MESES, TODOS LOS DEMAS: 12 MESES. INICIAL/RENOVACIÓN: CUTAN MEL: 6 MESES
Otros Criterios	RENOVACIÓN: MELANOMA CUTÁNEO ADYUVANTE: NO HAY EVIDENCIA DE RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD (DEFINIDA COMO LA APARICIÓN DE UNA O MÁS NUEVAS LESIONES DE MELANOMA: METÁSTASIS LOCAL, REGIONAL O A DISTANCIA). ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ITRACONAZOLE SOLUTION

Productos Afectados

- *itraconazole oral solution*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	6 MESES
Otros Criterios	CANDIDIASIS ESOFÁGICA Y CANDIDIASIS OROFARINGEA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL FLUCONAZOLE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IVACAFTOR

Productos Afectados

- KALYDECO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	FIBROSIS QUÍSTICA (CF): INICIAL: MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	CF: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA.
Duración de Cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: POR VIDA
Otros Criterios	CF: INICIAL: NO HOMOCIGOTO PARA LA MUTACIÓN F508DEL EN EL GEN CFTR. RENOVACIÓN: 1) SE MANTIENE, MEJORA O SE DEMUESTRA UNA DISMINUCIÓN MENOR A LA ESPERADA EN EL FEV1 O EN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (BMI), OR 2) REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EXACERBACIONES PULMONARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IVOSIDENIB

Productos Afectados

- TIBSOVO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

IXAZOMIB

Productos Afectados

- NINLARO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LANADELUMAB-FLYO

Productos Afectados

- TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION
- TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML)

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE PRUEBAS DE COMPLEMENTO.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	HAE: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ALERGÓLOGO, INMUNÓLOGO O HEMATÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	HAE: INICIAL: NO EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE AEH. RENOVACIÓN: 1) MEJORA EN COMPARACIÓN CON EL ESTADO DE REFERENCIA EN LOS ATAQUES DE AEH (P. EJ., REDUCCIONES EN LA FRECUENCIA O EN LA GRAVEDAD DE LOS ATAQUES), Y 2) NO EN TRATAMIENTO CONCURRENTENTE CON AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE AEH.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LANREOTIDE

Productos Afectados

- lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml
- SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML

Crterios	Detalles del Criterio
Crterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ACROMEGALIA: INICIAL: LA TERAPIA ES RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO.
Duración de Cobertura	ACROMEGALIA: INICIAL: 3 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.GEP-NETS, SÍNDROME CARCINOIDE: 12 MESES.
Otros Crterios	ACROMEGALIA: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA INYECCIÓN GENÉRICA DE OCTREÓTIDO. RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN, NORMALIZACIÓN O MANTENIMIENTO DE LOS NIVELES DE IGF-1 EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y EL GÉNERO, Y 2) MEJORA O REMISIÓN SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LAPATINIB

Productos Afectados

- *lapatinib*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LAROTRECTINIB

Productos Afectados

- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	VITRAKVI SOLUCIÓN ORA: 1) PRUEBA DE LAS CÁPSULAS VITRAKVI, O 2) NO PUEDO TOMAR LA FORMULACIÓN EN CÁPSULAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LAZERTINIB

Productos Afectados

- LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG,
80 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Productos Afectados

- HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG
- HARVONI ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	NIVEL HCV RNA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LA ORIENTACIÓN ACTUAL DE AASLD/IDSA.
Otros Criterios	<p>1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA GUÍA ACTUAL DE AASLD/IDSA, Y 2) NO ESTA TOMANDO AL MISMO TIEMPO NINGUNO DE LOS SIGUIENTES: CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, ROSUVASTATIN, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOFOSBUVIR (COMO AGENTE ÚNICO), EPCLUSA, ZEPATIER, MAVYRET, O VOSEVI.</p> <p>SOLICITUDES DE PILDORA DE HARVONI 45MG-200MG: PACIENTE NO PUEDE TRAGAR TABLETAS.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LENALIDOMIDE

Productos Afectados

- *lenalidomide*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LENVATINIB

Productos Afectados

- LENVIMA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LETERMOVIR

Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	HSCT: NO CORRE RIESGO DE CMV TARDÍO: 4 MESES, EN RIESGO DE CMV TARDÍO: 7 MESES. TRASPLANTE DE RIÑÓN: 7 MESES.
Otros Criterios	<p>TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS (HSCT): 1) LA TERAPIA SE INICIARÁ ENTRE EL DÍA 0 Y EL DÍA 28 DESPUÉS DEL TRASPLANTE, Y 2) NO RECIBIRÁ LA MEDICACIÓN MÁS DE 100 DÍAS DESPUÉS DEL TRASPLANTE SI NO CORRE RIESGO DE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TARDÍA POR CITOMEGALOVIRUS (CMV), O MÁS DE 200 DÍAS DESPUÉS DEL TRASPLANTE SI CORRE RIESGO DE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TARDÍA POR CMV.</p> <p>TRASPLANTE DE RIÑÓN: 1) LA TERAPIA SE INICIARÁ ENTRE EL DÍA 0 Y EL DÍA 7 DESPUÉS DEL TRASPLANTE, Y 2) NO RECIBIRÁN LA MEDICACIÓN MÁS ALLÁ DE LOS 200 DÍAS DESPUÉS DEL TRASPLANTE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUPROLIDE

Productos Afectados

- *leuprolide subcutaneous kit*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	CÁNCER DE PRÓSTATA: 12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUPROLIDE DEPOT

Productos Afectados

- *leuprolide (3 month)*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUPROLIDE-ELIGARD

Productos Afectados

- ELIGARD
- ELIGARD (3 MONTH)
- ELIGARD (4 MONTH)
- ELIGARD (6 MONTH)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT

Productos Afectados

- LUPRON DEPOT
- LUPRON DEPOT (3 MONTH)
- LUPRON DEPOT (4 MONTH)
- LUPRON DEPOT (6 MONTH)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (P. EJ., ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (P. EJ., LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN OBSTETRA/GINECÓLOGO.
Duración de Cobertura	PRÓSTATA CA: 12 MESES. FIBROMAS UTERINOS: 3 MESES. ENDOMETRIOSIS: INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: ENDOMETRIOSIS: 1) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE NSAID Y PREPARADOS QUE CONTIENEN PROGESTINAS, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 12 MESES DE TRATAMIENTO POR VIDA.</p> <p>RENOVACIÓN: ENDOMETRIOSIS: 1) MEJORA DEL DOLOR RELACIONADO CON LA ENDOMETRIOSIS MIENTRAS ESTÁ EN TERAPIA, 2) RECIBIR TERAPIA COMPLEMENTARIA CONCOMITANTE (P. EJ., UNA COMBINACIÓN DE ESTRÓGENO Y PROGESTINA O UNA PREPARACIÓN ANTICONCEPTIVA QUE CONTIENE SOLO PROGESTINA), 3) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, Y 4) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 12 MESES DE TRATAMIENTO POR VIDA.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT-PED

Productos Afectados

- LUPRON DEPOT-PED
- LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>PUBERTAD PRECOZ CENTRA (CPP): INICIAL: MUJERES: NIVELES ELEVADOS DE HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) MAYORES A 4,0 MUI/ML Y DE HORMONA LUTEINIZANTE (LH) MAYORES A 0.2 A 0.3 MUI/ML AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.</p> <p>HOMBRES: NIVELES ELEVADOS DE FSH MAYORES A 5,0 MUI/ML Y NIVEL DE LH MAYOR A 0.2 A 0.3 MUI/ML AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	CPP: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>CPP: INICIAL: MUJERES: 1) MENORES DE 8 AÑOS AL INICIO DEL CPP, Y 2) EN LA ETAPA 2 DE TANNER O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO DE LOS SENOS Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBLICO.</p> <p>HOMBRES: 1) MENORES DE 9 AÑOS AL INICIO DE LA CPP, Y 2) EN LA ETAPA 2 DE TANNER O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO GENITAL Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBLICO.</p> <p>RENOVACIÓN: 1) LA ESTADIFICACIÓN DE TANNER EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE HA ESTABILIZADO O REGRESADO DURANTE TRES VISITAS MÉDICAS SEPARADAS EN EL AÑO ANTERIOR, Y 2) NO HA ALCANZADO LA EDAD REAL QUE CORRESPONDE A LA EDAD PUBERAL ACTUAL.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LEVODOPA

Productos Afectados

- INBRIJA INHALATION CAPSULE,
W/INHALATION DEVICE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ENFERMEDAD DE PARKINSON (PD): INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	PD: INICIAL: NO TOMO MÁS DE 1600 MG DE LEVODOPA AL DÍA. RENOVACIÓN: MEJORA DE LAS FLUCTUACIONES MOTORAS DURANTE LOS EPISODIOS OFF CON EL USO DE INBRIJA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

L-GLUTAMINE

Productos Afectados

- *glutamine (sickle cell)*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES (SCD): INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO
Duración de Cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: LIFETIME.
Otros Criterios	<p>SCD: INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS: 1) AL MENOS 2 CRISIS DE ANEMIA FALCIFORME EN EL ÚLTIMO AÑO, 2) SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA ANEMIA FALCIFORME QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, O 3) ANTECEDENTES DE SÍNDROME TORÁCICO AGUDO RECURRENTE EJEMPLOS DE 5 A 17 AÑOS: APROBADO SIN CRITERIOS ADICIONALES.</p> <p>RENOVACIÓN: SE MANTUVO O EXPERIMENTÓ UNA REDUCCIÓN DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS DE LA SCD.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LIDOCAINE OINTMENT

Productos Afectados

- *lidocaine topical ointment*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO. ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS PARA ENFERMEDADES RENALES EN ETAPA TERMINAL O CUBIERTO POR PART D DE MEDICARE DEPENDIENDO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LIDOCAINE PATCH

Productos Afectados

- *dermacinrx lidocan 5% patch outer*
- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*
- *lidocan iii*
- ZTLIDO

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	1) DOLOR ASOCIADO A NEURALGIA POSTERPÉTICA, 2) NEUROPATÍA DEBIDA A DIABETES MELLITUS, 3) DOLOR DE ESPALDA CRÓNICO, O 4) OSTEOARTRITIS DE RODILLA O CADERA.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LIDOCAINE PRILOCAINE

Productos Afectados

- *lidocaine-prilocaine topical cream*

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS PARA ENFERMEDADES RENALES EN ETAPA TERMINAL O CUBIERTO POR PART D DE MEDICARE DEPENDIENDO DE LAS CIRCUNSTANCIAS. PUEDE SER NECESARIO PRESENTAR INFORMACIÓN QUE DESCRIBA EL USO Y EL CONTEXTO DEL MEDICAMENTO PARA TOMAR LA DETERMINACIÓN. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LIDOCAINE SOLUTION

Productos Afectados

- *lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LOMITAPIDE

Productos Afectados

- JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGÓTICA (HOFH):</p> <p>1) DIAGNÓSTICO DETERMINADO POR: (A) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS DE SIMON BROOME, (B) PUNTUACIÓN DE AL MENOS 8 EN LOS CRITERIOS DE LA RED LIPÍDICA HOLANDESA (DUTCH), O (C) DIAGNÓSTICO CLÍNICO BASADO EN LA HISTORIA NO TRATADO LDL-C CONCENTRACIÓN MAYOR A 500 MG/DL JUNTO CON XANTOMA ANTES DE LOS 10 AÑOS O EVIDENCIA DE HEFH EN AMBOS PADRES, Y 2) NIVEL DE LDL-C DE AL MENOS 70 MG/DL DURANTE EL TRATAMIENTO FARMACÉUTICO MÁXIMO TOLERADO.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	HOFH: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO O LIPIDÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	<p>HOFH:</p> <p>1) PRUEBA DE REPATHA, A MENOS QUE EL PACIENTE TENGA RECEPTORES LDL NO FUNCIONANTES, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) TOMAR UNA ESTATINAS DE ALTA INTENSIDAD (P. EJ., ATORVASTATIN 40-80MG DIARIO, ROSUVASTATIN 20-40MG DIARIO) POR UNA DURACIÓN DE AL MENOS 8 SEMANAS, (B) TOMAR UNA DOSIS MÁXIMA TOLERADAS DE CUALQUIER ESTATINA DURANTE AL MENOS 8 SEMANAS DADO QUE EL PACIENTE NO PUEDE TOLERAR UNA ESTATINA DE ALTA INTENSIDAD, (C) CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA PARA EL TRATAMIENTO CON ESTATINAS (P. EJ., ENFERMEDAD HEPÁTICA DESCOMPENSADA ACTIVA, MUJERES LACTANTES, EMBARAZO O PLANES DE QUEDAR EMBARAZADO, REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD),</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	(D) INTOLERANCIA A LAS ESTATINAS, OR (E) PRUEBA DE ROSUVASTATIN, ATORVASTATIN, O TRATAMIENTO CON ESTATINAS EN CUALQUIER DOSIS Y HA EXPERIMENTADO SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL MÚSCULO ESQUELÉTICO (P. EJ., MIOPATÍA).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LONCASTUXIMAB TESIRINE-LPYL

Productos Afectados

- ZYNLONTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LORLATINIB

Productos Afectados

- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG,
25 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LOTILANER

Productos Afectados

- XDEMVY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	BLEFARITIS POR DEMODEX: MAYORES DE 18 AÑOS
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	6 SEMANAS
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

LUMACAFITOR-IVACAFITOR

Productos Afectados

- ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET
- ORKAMBI ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: FIBROSIS QUÍSTICA (CF): MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE CF.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	CF: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN CF.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: POR VIDA.
Otros Criterios	CF: RENOVACIÓN: 1) MANTENIDA, MEJORADA O DEMOSTRADA UNA DISMINUCIÓN MENOR A LA ESPERADA EN EL FEV1 O EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (BMI), O 2) REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EXACERBACIONES PULMONARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MACITENTAN

Productos Afectados

- OPSUMIT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE CUÑO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DE WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PAH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MARGETUXIMAB-CMKB

Productos Afectados

- MARGENZA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MARIBAVIR

Productos Afectados

- LIVTENCITY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MECASERMIN

Productos Afectados

- INCRELEX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO O NEFRÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	INICIAL: EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS MEDIANTE RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO. RENOVACIÓN: MEJORA DURANTE LA TERAPIA (P. EJ., AUMENTO DE LA ALTURA O AUMENTO DE LA VELOCIDAD DE ALZA).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MECHLORETHAMINE

Productos Afectados

- VALCHLOR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MEPOLIZUMAB

Productos Afectados

- NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR
- NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN
- NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: ASMA: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE AL MENOS 150 CÉLULAS/MCL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ASMA: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN MEDICINA PULMONAR O ALERGÉTICA.</p> <p>CRSWNP: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO, O INMUNÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: ASMA: 4 MESES. CRSWNP: 6 MESES. OTROS: 12 MESES. RENOVACIÓN: CRSWNP, ASMA: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: ASMA: 1) TERAPIA CONCURRENTES CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIERE UNA RÁFAGA DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS QUE DURÓ 3 O MÁS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN O VISITA A LA SALA DE EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O (B) CONTROL DEFICIENTE DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO SE EVIDENCIA POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DURANTE EL DÍA MÁS DE DOS VECES A LA SEMANA, CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, SABA ALIVIO PARA SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES A LA SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>DE ACTIVIDAD DEBIDO AL ASMA, Y 3) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE U OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE UTILIZAN PARA EL ASMA.</p> <p>CRSWNP: 1) ENSAYO DE 56 DÍAS DE UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: ASMA: 1) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE U OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE UTILIZAN PARA EL ASMA, 2) USO CONTINUADO DE ICS Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA CON RESPECTO AL LA LÍNEA BASE, (B) DISMINUCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, O (D) AUMENTO DEL PORCENTAJE PREVISTO DE FEV1 CON RESPECTO DESDE LA LÍNEA BASE ANTES DEL TRATAMIENTO.</p> <p>CRSWNP: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASE, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

METHYLNALTREXONE INJECTABLE

Productos Afectados

- RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION
- RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	ENFERMEDAD AVANZADA: 6 MESES. DOLOR CRÓNICO NO RELACIONADO CON EL CÁNCER: 12 MESES.
Otros Criterios	DOLOR CRÓNICO NO RELACIONADO CON EL CÁNCER: 1) HA ESTADO TOMANDO OPIOIDES DURANTE AL MENOS 4 SEMANAS, Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES PREFERIDOS: NALOXEGOL (MOVANTI ^K) AND LUBIPROSTONE (AMITIZA).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

METHYLNALTREXONE ORAL

Productos Afectados

- RELISTOR ORAL

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES CON DOLOR CRÓNICO NO CANCEROSO: 1) HA ESTADO TOMANDO OPIOIDES DURANTE AL MENOS 4 SEMANAS, Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES PREFERIDOS: NALOXEGOL (MOVANTIK) AND LUBIPROSTONE (AMITIZA).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MIDOSTAURIN

Productos Afectados

- RYDAPT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: 6 MESES. MASTOCITOSIS SISTÉMICA AVANZADA: 12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MIFEPRISTONE

Productos Afectados

- *mifepristone oral tablet 300 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	SÍNDROME DE CUSHING (CS): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 1) CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS (2 O MÁS PRUEBAS PARA CONFIRMAR), 2) PRUEBA DE DEXAMETASONA DE 1 MG DURANTE LA NOCHE, O 3) CORTISOL SALIVAL EN LA NOCHE (2 O MÁS PRUEBAS PARA CONFIRMAR).
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	CS: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	<p>CS: INICIAL: EL HIPERCORTISOLISMO NO ES RESULTADO DE LOS GLUCOCORTICOIDES CRÓNICOS.</p> <p>RENOVACIÓN: 1) SIGUE TENIENDO UNA MEJORA DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA O UNA TOLERANCIA A LA GLUCOSA ESTABLE (P. EJ., A1C REDUCIDA, GLUCOSA EN AYUNAS MEJORADA, ETC.), 2) SIGUE TENIENDO TOLERABILIDAD A LA TERAPIA, Y 3) SIGUE SIN SER CANDIDATO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O HA FRACASADO LA CIRUGÍA.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MIGALASTAT

Productos Afectados

- GALAFOLD

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>ENFERMEDAD DE FABRY: INICIAL:</p> <p>1) TIENE UNA VARIANTE DEL GEN DE LA GALACTOSIDASA ALFA (GLA) SENADA A DATOS DE ENSAYO IN VITRO QUE ES INTERPRETADA POR UN PROFESIONAL EN GENÉTICA CLÍNICA COMO PATÓGENA O PROBABLEMENTE PATÓGENA, Y</p> <p>2) UNO DE LOS SIGUIENTES: A) MUJERES: MUTACIÓN DEL GEN GLA MEDIANTE PRUEBAS GENÉTICAS, O (B) HOMBRES: ENSAYO ENZIMÁTICO QUE INDIQUE DEFICIENCIA DE ALFA GALACTOSIDASA A O MUTACIÓN DEL GEN GLA MEDIANTE PRUEBAS GENÉTICAS.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>ENFERMEDAD DE FABRY: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEFRÓLOGO, CARDIÓLOGO O ESPECIALISTA EN GENÉTICA O TRASTORNOS METABÓLICOS HEREDITARIOS.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>ENFERMEDAD DE FABRY: INICIAL:</p> <p>NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA TERAPIA PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>1) MEJORA O ESTABILIZACIÓN DEMOSTRADA, Y 2) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA TERAPIA PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY.</p>
Indicaciones	<p>Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.</p>
Usos no Indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

MIGLUSTAT-ZAVESCA

Productos Afectados

- *miglustat*
- *yargesa*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MILTEFOSINE

Productos Afectados

- IMPAVIDO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MOBOCERTINIB

Productos Afectados

- EXKIVITY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MOMELOTINIB

Productos Afectados

- OJAARA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

MOSUNETUZUMAB-AXGB

Productos Afectados

- LUNSUMIO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	LINFOMA FOLICULAR RECIDIVANTE O REFRACTARIO: INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 7 MESES.
Otros Criterios	LINFOMA FOLICULAR RECIDIVANTE O REFRACTARIO: RENOVACIÓN: 1) HA LOGRADO UNA RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO, Y 2) NO HA RECIBIDO PREVIAMENTE MÁS DE 17 CICLOS DE TRATAMIENTO. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NAFARELIN

Productos Afectados

- SYNAREL

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (P. EJ., ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (P. EJ., LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.</p> <p>PUBERTAD PRECOZ CENTRAL (CPP): MUJERES: NIVELES ELEVADOS DE HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) MAYORES A 4.0 MUI/ML Y NIVELES DE HORMONA LUTEINIZANTE (LH) MAYORES A 0.2 A 0.3 MUI/ML AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.</p> <p>HOMBRES: NIVELES ELEVADOS DE FSH MAYORES A 5.0 MUI/ML Y NIVEL DE LH MAYOR A 0.2 A 0.3 MUI/ML AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ENDOMETRIOSIS: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN OBSTETRA/GINECÓLOGO.</p> <p>CPP: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	ENDOMETRIOSIS: 6 MESES. CPP: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: ENDOMETRIOSIS: 1) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A NSAID Y PREPARADOS QUE CONTIENEN PROGESTINAS, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 6 MESES DE TRATAMIENTO POR VIDA.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>CPP: Mujeres: 1) Menores de 8 años al inicio de la CPP, y 2) en la etapa 2 de Tanner o superior para el desarrollo de los senos y el crecimiento del vello púbico.</p> <p>Hombres: 1) Menores de 9 años al inicio de la CPP, y 2) en la etapa 2 de Tanner o superior para el desarrollo genital y el crecimiento del vello púbico.</p> <p>Renovación: CPP: 1) La estadificación de Tanner en el momento del diagnóstico inicial se ha estabilizado o regresado durante tres visitas médicas separadas en el año anterior, y 2) no ha alcanzado la edad real que corresponde a la edad puberal actual.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NARCOLEPSY AGENTS

Productos Afectados

- *armodafinil*
- *modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NAXITAMAB-GQGK

Productos Afectados

- DANYELZA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NEDOSIRAN

Productos Afectados

- RIVFLOZA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NERATINIB

Productos Afectados

- NERLYNX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE MAMA EN ETAPA TEMPRANA (ETAPA I-III): SE SOLICITA LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO DENTRO DE LOS 2 AÑOS DE COMPLETAR LA ÚLTIMA DOSIS DE TRASTUZUMAB. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA ESTÁN CUBIERTAS SIN CRITERIOS ADICIONALES, EXCEPTO LOS CRITERIOS QUE FIGURAN EN LA ETIQUETA APROBADA POR LA FDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NILOTINIB

Productos Afectados

- TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (Ph+CML) TRATADA PREVIAMENTE: SE REALIZA UN ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIO Y TASIGNA ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN BASE AL PERFIL DE MUTACIÓN DE BCR-ABL1.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NINTEDANIB

Productos Afectados

- OFEV

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): 1) UN PATRÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL HABITUAL (UIP), EVIDENCIADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (HRCT) SOLA O MEDIANTE UNA COMBINACIÓN DE BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA Y HRCT, Y 2) CAPACIDAD VITAL FORZADA BASE (FVC) AL MENOS EL 50% DEL VALOR PREVISTO.</p> <p>ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA (SSC-ILD): 1) AL MENOS 10 % DE FIBROSIS EN EL HRCT DEL PECHO, Y 2) FVC BASE DE AL MENOS 40 % DEL VALOR PREVISTO.</p> <p>ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL FIBROSANTE CRÓNICA CON FENOTIPO PROGRESIVO (PF-ILD): 1) AL MENOS 10 % DE FIBROSIS EN EL HRCT DEL PECHO, Y 2) FVC BASE DE AL MENOS 45 % DEL VALOR PREVISTO.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: IPF: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO.</p> <p>SSC-ILD, PF-ILD: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: SSC-ILD: 6 MESES. IPF, PF-ILD: 12 MESES. RENOVACIÓN (TODAS LAS INDICACIONES): 12 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: IPF: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (P. EJ., ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD POR MEDICAMENTOS, EXPOSICIÓN AL ASBESTO O AL BERILIO,</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD), Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: ESBRIET (PIRFENIDONE).</p> <p>SSC-ILD: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (P. EJ., INSUFICIENCIA CARDÍACA/SOBRECARGA DE LÍQUIDOS, TOXICIDAD PULMONAR INDUCIDA POR FÁRMACOS, ASPIRACIÓN RECURRENTE), Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: ACTEMRA SUBQ.</p> <p>PF-ILD: LA FUNCIÓN PULMONAR Y LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O LAS IMÁGENES DEL TÓRAX HAN EMPEORADO/PROGRESIONADO A PESAR DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA EPI (NO ATRIBUIBLES A COMORBILIDADES COMO INFECCIÓN, INSUFICIENCIA CARDÍACA).</p> <p>RENOVACIÓN: IPF, SSC-ILD, PF-ILD: MEJORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA O MANTENIMIENTO DE LA TASA ANUAL DE DECLIVE</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NIRAPARIB

Productos Afectados

- ZEZULA ORAL CAPSULE
- ZEZULA ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO, DE TROMPAS DE FALOPIO O PERITONEAL PRIMARIO RECURRENTE: 1) ZEZULA SE UTILIZARÁ COMO MONOTERAPIA Y 2) ZEZULA SE COMENZARÁ A MÁS TARDAR 8 SEMANAS DESPUÉS DEL RÉGIMEN MÁS RECIENTE QUE CONTENGA PLATINO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NIRAPARIB-ABIRATERONE

Productos Afectados

- AKEEGA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (MCRPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTES CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NIROGACESTAT

Productos Afectados

- OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NITISINONE

Productos Afectados

- *nitisinone*
- ORFADIN ORAL SUSPENSION

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>TIROSINEMIA HEREDITARIA TIPO 1 (HT-1): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR NIVELES ELEVADOS DE SUCCINILACETONA EN URINAS O PLASMÁTICAS O UNA MUTACIÓN EN EL GEN DE LA FUMARILACETOACETATO HIDROLASA.</p> <p>RENOVACIÓN: LOS NIVELES DE SUCCINILACETONA EN LA URINAS O PLASMÁTICAS HAN DISMINUIDO CON RESPECTO AL VALOR BASE DURANTE EL TRATAMIENTO CON NITISINONA.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	HT-1: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN PRESCRIPTOR ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES METABÓLICAS HEREDITARIAS.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	HT-1: INICIAL: SUSPENSIÓN DE ORFADIN: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE TABLETAS O CÁPSULAS DE NITISINONA PREFERIDAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NIVOLUMAB

Productos Afectados

- OPDIVO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO: NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON TERAPIA DIRIGIDA (P. EJ., INHIBIDORES DE BRAF, INHIBIDORES DE MEK E INHIBIDORES DE NTRK).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NIVOLUMAB-RELATLIMAB-RMBW

Productos Afectados

- OPDUALAG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

NOGAPENDEKIN ALFA

Productos Afectados

- ANKTIVA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	40 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OBETICHOLIC ACID

Productos Afectados

- OCALIVA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (CBP): INICIAL/RENOVACIÓN: OBSTRUCCIÓN BILIAR COMPLETA.
Información Médica Requerida	PBC: INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR DOS DE LOS SIGUIENTES: 1) FOSFATASA ALCALINA ELEVADA, 2) PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIANOS (AMA) O AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE PBC, INCLUYENDO SP100 O GP210 SI AMA ES NEGATIVO, O 3) EVIDENCIA HISTOLÓGICA DE COLANGITIS DESTRUCTIVA NO SUPURATIVA Y DESTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS BILIARES INTERLOBULARES (POR BIOPSIA DE HÍGADO).
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PBC: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO O HEPATÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	PBC: INICIAL: 1) SE USA EN COMBINACIÓN CON URSODIOL SI NO HAY RESPUESTA ADECUADA TRAS EL TRATAMIENTO CON MONOTERAPIA CON URSODIOL DURANTE AL MENOS 1 AÑO, O 2) SE USA COMO MONOTERAPIA SI NO SE PUEDE TOLERAR EL URSODIOL. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OCRELIZUMAB

Productos Afectados

- OCREVUS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	FORMA RECIDIVANTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MS): ENSAYO DE DOS AGENTES INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DE FORMAS RECIDIVANTES DE MS. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OFATUMUMAB-SQ

Productos Afectados

- KESIMPTA PEN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OLANZAPINE/SAMIDORPHAN

Productos Afectados

- LYBALVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ESQUIZOFRENIA BIPOLAR I: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN PSIQUIATRA.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	<p>ESQUIZOFRENIA: 1) CON ALTO RIESGO DE AUMENTO DE PESO, Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE LURASIDONE O UNO DE LOS SIGUIENTES ANTIPSICÓTICOS ORALES: RISPERIDONE, CLOZAPINE TABLETA, OLANZAPINE, QUETIAPINE FUMARATE DE LIBERACIÓN INMEDIATA, ZIPRASIDONE, ARIPIPRAZOLE.</p> <p>BIPOLAR I: 1) CON ALTO RIESGO DE AUMENTO DE PESO, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES ANTIPSICÓTICOS ORALES: RISPERIDONE, OLANZAPINE, QUETIAPINE FUMARATE DE LIBERACIÓN INMEDIATA, ZIPRASIDONE, ARIPIPRAZOLE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OLAPARIB

Productos Afectados

- LYNPARZA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	<p>CÁNCER EPITELIAL RECURRENTE DE OVARIO, DE TROMPAS DE FALOPIO O PERITONEAL PRIMARIO: SE USARÁ MEDICACIÓN COMO MONOTERAPIA.</p> <p>CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTES CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).</p> <p>TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA ESTÁN CUBIERTAS SIN CRITERIOS ADICIONALES, EXCEPTO LOS CRITERIOS EN LA ETIQUETA APROBADA POR LA FDA.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OLUTASIDENIB

Productos Afectados

- REZLIDHIA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OMACETAXINE

Productos Afectados

- SYNRIBO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OMALIZUMAB

Productos Afectados

- XOLAIR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: ASMA: PRUEBA DE SANGRE O PUNZÓN CUTÁNEO (P. EJ., ELISA, FEIA) POSITIVA PARA UN AEROALÉRGENO PERENNE Y UN NIVEL SÉRICO BASE DE IGE DE AL MENOS 30 UI/ML</p> <p>ALERGIA ALIMENTARIA: 1) IGE NIVEL SÉRICO BASE DE IGE DE AL MENOS 30 UI/ML, Y 2) NIVEL SÉRICO DE IGE ESPECÍFICO PARA ALÉRGENOS DE AL MENOS 6 KUA/L PARA AL MENOS UN ALIMENTO, O PRUEBA DE PUNZÓN CUTÁNEO POSITIVA PARA AL MENOS UN ALIMENTO, O PRUEBA DE ALIMENTOS CONTROLADA MÉDICAMENTE POSITIVA PARA AL MENOS UN ALIMENTO.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL/RENOVACIÓN: URTICARIA ESPONTÁNEA CRÓNICA (CSU): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ALERGIÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p> <p>INICIAL: RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p> <p>ASMA: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN MÉDICO ESPECIALISTA EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR.</p> <p>ALERGIA ALIMENTARIA: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: ASMA: 4 MESES. CSU, CRSWNP: 6 MESES. ALERGIA ALIMENTARIA: 12 MESES. RENOVACIÓN: VER OTROS CRITERIOS</p>

Criterios	Detalles del Criterio
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>CSU: 1) PRUEBA Y MANTENIMIENTO O CONTRAINDICACIÓN DE UN ANTI-HISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN Y 2) TODAVÍA TIENE URTICARIA O ANGIOEDEMA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA DURANTE AL MENOS 6 SEMANAS</p> <p>CRSWNP: 1) PRUEBA DE 56 DÍAS DE UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN AGENTE PREFERIDO: NUCALA, DUPIXENT, Y 3) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ASMA: 1) CONCURRENTENTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIERE UNA RÁFAGA DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS QUE DURÓ 3 O MÁS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN O VISITA A LA SALA DE EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O (B) CONTROL DEFICIENTE DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, EVIDENCIADO POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DURANTE EL DÍA MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, SABA PARA ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEBIDO AL ASMA, Y 3) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON DUPIXENT, TEZSPIRE O PRODUCTOS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE UTILIZAN PARA EL ASMA.</p> <p>ALERGIA ALIMENTARIA: 1) USO CONCURRENTENTE CON UNA RECETA ACTIVA PARA AUTO-INYECTOR/INYECCIÓN DE EPINEPHRINE, Y 2) NO SE PUEDE UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA PARA EL MANÍ.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>CSU: APROBACIÓN 12 MESES: SE MANTIENE O CONTRAINDICACIÓN PARA UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>CRSWNP: APROBACIÓN 12 MESES: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN COMPARACIÓN DESDE LA LÍNEA BASE, Y 2) SIN USO CONCURRENTES CON OTROS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ASMA: APROBACIÓN 12 MESES: 1) NO USO CONCURRENTES CON DUPIXENT, TEZSPIRE O PRODUCTOS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE UTILIZAN PARA EL ASMA, 2) USO CONTINUO DE ICS Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA CON RESPECTO AL ESTADO BASE, (B) DISMINUCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, O (D) AUMENTO DEL PORCENTAJE PREVISTO DE FEV1 CON RESPECTO DESDE LA LÍNEA BASE PREVIO AL TRATAMIENTO.</p> <p>ALERGIA ALIMENTARIA: APROBACIÓN 12 MESES: 1) ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADA POR IGE PERSISTENTE, 2) USO CONCURRENTES CON UNA RECETA ACTIVA PARA AUTOINYECTOR/INYECCIÓN DE EPINEFRINA, Y 3) SIN USO CONCURRENTES CON INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA PARA EL MANÍ.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OPICAPONE

Productos Afectados

- ONGENTYS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	ENFERMEDAD DE PARKINSON: MAYORES DE 18 AÑOS
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OSIMERTINIB

Productos Afectados

- TAGRISSO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) CON DELECCIONES DEL EXÓN 19 DEL EGFR O MUTACIONES DEL EXON 21 L858R, O MUTACIÓN T790M DEL EGFR: SIN TERAPIA CONCURRENTES CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DEL EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

OXANDROLONE

Productos Afectados

- *oxandrolone*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	6 MESES
Otros Criterios	CATABOLISMO PROTEICO, DOLOR ÓSEO: 1) CONTROL DE PELIOSIS HEPATIS, TUMORES DE CÉLULAS HEPÁTICAS Y CAMBIOS EN LOS LÍPIDOS SANGUÍNEOS, 2) NO TIENE CONOCIMIENTO O SOSPECHA DE: CARCINOMA DE PRÓSTATA O MAMA EN PACIENTES MASCULINOS, CARCINOMA DE MAMA EN MUJERES CON HIPERCALCEMIA, NEFROSIS (FASE NEFROTICA DE LA NEFRITIS) O HIPERCALCEMIA, Y 3) NO TIENE DISFUNCIÓN HEPÁTICA GRAVE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PACRITINIB

Productos Afectados

- VONJO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	MIELOFIBROSIS: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PALBOCICLIB

Productos Afectados

- IBRANCE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PECHO AVANZADO O METASTÁSICO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS INDICACIONES SE ALINEAN: KISQALI, VERZENIO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PARATHYROID HORMONE

Productos Afectados

- NATPARA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	HIPOCALCEMIA SECUNDARIA A HIPOPARATIROIDISMO: RECETADA POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	HIPOCALCEMIA SECUNDARIA A HIPOPARATIROIDISMO: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL CALCITRIOL, 2) EL HIPOPARATIROIDISMO NO SE DEBE A UNA MUTACIÓN DEL RECEPTOR SENSOR DE CALCIO (CSR), Y 3) EL HIPOPARATIROIDISMO NO SE CONSIDERA HIPOPARATIROIDISMO AGUDO POSQUIRÚRGICO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PASIREOTIDE DIASPARTATE

Productos Afectados

- SIGNIFOR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ENFERMEDAD DE CUSHINGS (CD): INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	CD: RENOVACIÓN: 1) MEJORA CONTINUA DE LA ENFERMEDAD DE CUSHINGS Y 2) TOLERABILIDAD MANTENIDA AL MEDICAMENTO SIGNIFOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PAZOPANIB

Productos Afectados

- *pazopanib*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	SARCOMA AVANZADO DE TEJIDOS BLANDOS (STS): NO SE UTILIZA PARA STS ADIPOCÍTICOS O TUMORES DEL ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGFILGRASTIM - APGF

Productos Afectados

- NYVEPRIA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATOLOGO U ONCOLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGFILGRASTIM-FPGK

Productos Afectados

- STIMUFEND

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATOLOGO O UN ONCOLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO DE NYVEPRIA, CUANDO SE ALINEAN LAS INDICACIONES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGFILGRASTIM-NEULASTA ONPRO

Productos Afectados

- NEULASTA ONPRO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATOLOGO O UN ONCOLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGFILGRASTIM-PBBK

Productos Afectados

- FYLNETRA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATOLOGO O UN ONCOLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO DE NYVEPRIA, CUANDO SE ALINEAN LAS INDICACIONES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGINTERFERON ALFA-2A

Productos Afectados

- PEGASYS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Información Médica Requerida	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de Edad	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de Proveedor	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Duración de Cobertura	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Otros Criterios	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Indicaciones	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Usos no Indicados	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGVALIASE-PQPZ

Productos Afectados

- PALYNZIQ

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	FENILCETONURIA (PKU): INICIAL: NO USO CONCURRENTES CON KUVAN. RENOVACIÓN: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO Y 2) NO USO CONCURRENTES CON KUVAN.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEGVISOMANT

Productos Afectados

- SOMAVERT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEMBROLIZUMAB

Productos Afectados

- KEYTRUDA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	MELANOMA NO RESECABLE O METASTÁSICO: NO SE USO CONCURRENTEMENTE CON TERAPIA DIRIGIDA (P. EJ., INHIBIDORES DE BRAF, INHIBIDORES DE MEK, Y INHIBIDORES DE NTRK).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEMIGATINIB

Productos Afectados

- PEMAZYRE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	COLANGIOCARCINOMA, NEOPLASIAS MIELOIDES/LINFOIDES: UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO INTEGRAL, INCLUYENDO TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT), SE COMPLETARÁ ANTES DE INICIAR LA TERAPIA Y EN LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PENICILLAMINE TABLET

Productos Afectados

- *penicillamine oral tablet*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: CISTINURIA: TIENE NEFROLITIASIS, Y UNO DE LOS SIGUIENTES: 1) ANÁLISIS DE CÁLCULOS QUE MUESTRAN PRESENCIA DE CISTINA, 2) PRESENCIA DE CRISTALES DE CISTINA HEXAGONAL PATOGNOMÓNICOS EN EL ANÁLISIS DE ORINA, O 3) ANTECEDENTES FAMILIARES DE CISTINURIA Y DETECCIÓN DE CIANURO-NITROPRUSSIDO POSITIVO.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ENFERMEDAD DE WILSONS: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEPATOLOGO O GASTROENTEROLOGO.</p> <p>CISTINURIA: PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN NEFRÓLOGO</p> <p>ARTRITIS REUMATOIDE (RA): RECETADO O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: 12 MESES, RENOVACIÓN: LIFETIME.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: ENFERMEDAD DE WILSONS: 1) PUNTUACIÓN DE LEIPZIG DE 4 O MAYOR.</p> <p>RA: 1) SIN ANTECEDENTES U OTRA EVIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>RENOVACIÓN: RA: 1) SIN ANTECEDENTES U OTRA EVIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL, Y 2) MEJORA EXPERIMENTADA O MANTENIDA EN EL RECUENTO DE ARTICULACIONES DULCES O RECUENTO DE ARTICULACIONES HINCHADAS EN COMPARACIÓN CON EL LÍNEA DE BASE.</p> <p>ENFERMEDAD DE WILSONS, CISTINURIA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PEXIDARTINIB

Productos Afectados

- TURALIO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PIMAVANSERIN

Productos Afectados

- NUPLAZID

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	PSICOSIS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON (PD): INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS
Restricciones de Proveedor	PSICOSIS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO, GERIATRA O UN ESPECIALISTA EN SALUD DEL COMPORTAMIENTO (P. EJ., PSIQUIATRA).
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PSICOSIS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: RENOVACIÓN: MEJORÍA EN LOS SÍNTOMAS DE PSICOSIS DESDE EL INICIAL Y DEMUESTRA UNA NECESIDAD CONTINUA DE TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PIRFENIDONE

Productos Afectados

- *pirfenidone oral capsule*
- *pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): INICIAL: 1) UN PATRÓN HABITUAL DE NEUMONÍA INTERSTICIAL (UIP) EVIDENCIADO POR LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (HRCT) SOLAMENTE O MEDIANTE UNA COMBINACIÓN DE BIOPSIA QUIRÚRGICA DE PULMÓN Y HRCT, Y 2) CAPACIDAD VITAL FORZADA PREVISTA (FVC) DE AL MENOS 50% DESDE LA LINEA DE BASE.
Restricciones de Edad	IPF: INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS.
Restricciones de Proveedor	IPF: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMONÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	IPF: INICIAL: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (P. EJ., ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD A MEDICAMENTOS, EXPOSICIÓN AL ASBESTO O BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD, ESCLEROSIS SISTÉMICA, ARTRITIS REUMATOIDE, RADIACIÓN, SARCOIDOSIS, BRONQUIOLITIS OBLITERANTE, NEUMONÍA ORGANIZADORA, VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) INFECCIÓN, HEPATITIS VIRAL O CÁNCER). RENOVACIÓN: MEJORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA O MANTENIMIENTO EN LA TASA ANUAL DE DISMINUCIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	

Crterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

PIRTOBRUTINIB

Productos Afectados

- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

POMALIDOMIDE

Productos Afectados

- POMALYST

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PONATINIB

Productos Afectados

- ICLUSIG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (CML): EL ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DEL INICIACIÓN Y EL MEDICAMENTO, ICLUSIG, ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE PAUTAS DE LA NCCN PARA LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADA EN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

POSACONAZOLE SUSPENSION

Productos Afectados

- *posaconazole oral*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	OPC: 3 MESES. CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA, PROFILAXIS: 6 MESES.
Otros Criterios	CANDIDIASIS OROFARÍNGEA (OPC): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE FLUCONAZOLE OR ITRACONAZOLE. PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN INVASIVA POR ASPERGILLUS Y CANDIDA: IMPOSIBILIDAD DE TRAGAR TABLETAS. LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

POSACONAZOLE TABLET

Productos Afectados

- *posaconazole oral*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA, PROFILAXIS: 6 MESES. TRATAMIENTO: 12 SEMANAS.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

POSACONAZOLE-POWDERMIX

Productos Afectados

- NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED
RELEASE FOR RECON

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	6 MESES
Otros Criterios	PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN INVASIVA POR ASPERGILLUS Y CANDIDA: INCAPACIDAD PARA TRAGAR COMPRIMIDOS. LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PRALSETINIB

Productos Afectados

- GAVRETO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PRAMLINTIDE

Productos Afectados

- SYMLINPEN 120
- SYMLINPEN 60

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	DIABETES TIPO I O TIPO II: REQUIERE INSULINA O INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA (BOMBA DE INSULINA) PARA EL CONTROL GLUCÉMICO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

PYRIMETHAMINE

Productos Afectados

- *pyrimethamine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	TOXOPLASMOSIS: INICIAL: RECETADA POR O EN CONSULTA DE UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
Duración de Cobertura	TOXOPLASMOSIS: INICIAL: 8 SEMANAS, RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros Criterios	TOXOPLASMOSIS: RENOVACIÓN: UNO DE LOS SIGUIENTES: (1) ENFERMEDAD CLÍNICA PERSISTENTE (DOLOR DE CABEZA, SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS O FIEBRE) Y ENFERMEDAD RADIOGRÁFICA PERSISTENTE (UNA O MÁS LESIONES MASIVAS EN IMÁGENES DEL CEREBRO), O (2) RECUENTO DE CD4 MENOS DE 200 CÉLULAS/MM3 Y ACTUALMENTE TOMANDO TERAPIA ANTIRRETROVIRAL SI ES HIV POSITIVO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

QUININE

Productos Afectados

- *quinine sulfate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

QUIZARTINIB

Productos Afectados

- VANFLYTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

REGORAFENIB

Productos Afectados

- STIVARGA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RELUGOLIX

Productos Afectados

- ORGOVYX

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

REPOTRECTINIB

Productos Afectados

- AUGTYRO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RESLIZUMAB

Productos Afectados

- CINQAIR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ASMA: INICIAL: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE AL MENOS 150 CÉLULAS/MCL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ASMA: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR.
Duración de Cobertura	ASMA: INICIAL: 4 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	ASMA: INICIAL: 1) TERAPIA CONCURRENTES CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERADA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, 2) UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIERE UNA RÁFAGA DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS QUE DURÓ 3 O MÁS DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN O VISITA A LA SALA DE EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O CONTROL MAL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL EVIDENCIADA POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: (A) SÍNTOMAS DE ASMA DURANTE EL DÍA MÁS DE DOS VECES A LA SEMANA, (B) CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, (C) SABA PARA SÍNTOMAS DE MÁS DE DOS VECES A LA SEMANA, (D) CUALQUIER LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEBIDA AL ASMA, 3) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: FASENRA, NUCALA, DUPIXENT, AND 4) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE U OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE UTILIZAN PARA EL ASMA.

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>RENOVACIÓN:</p> <p>1) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE U OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE UTILIZAN PARA EL ASMA,</p> <p>2) EL USO CONTINUO DE ICS Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA CON RESPECTO AL VALOR BASE, (B) DISMINUCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, O (D) AUMENTO DEL PORCENTAJE PREVISTO DE FEV1 CON RESPECTO AL VALOR BASE ANTES DEL TRATAMIENTO.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RETIFANLIMAB-DLWR

Productos Afectados

- ZYNYZ

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RIBOCICLIB

Productos Afectados

- KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RIBOCICLIB-LETROZOLE

Productos Afectados

- KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5
 TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RIFAXIMIN

Productos Afectados

- XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	DIARREA DEL VIAJERO, ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (HE): 12 MESES. IBS-D: 8 SEMANAS
Otros Criterios	HE: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE LACTULOSA O TERAPIA CONCURRENTES CON LACTULOSA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RILONACEPT

Productos Afectados

- ARCALYST

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>SÍNDROMES PERIÓDICOS ASOCIADOS A CRIOPIRINA (CAPS): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GEN NLRP3, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (P. E.J., PCR, ESR ELEVADOS, PROTEÍNA A AMILOIDE A EN SUERO (SAA) O PROTEÍNAS S100), Y 2) DOS DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIÓN TIPO URTICARIA (DERMATITIS NEUTROFÍLICA), EPISODIOS ACTIVADOS POR FRÍO, PÉRDIDA AUDITIVA SENSORINEURAL, SÍNTOMAS MUSCOESQUELÉTICOS, MENINGITIS ASÉPTICA CRÓNICA, ANORMALIDADES ESQUELÉTICAS.</p> <p>DEFICIENCIA DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-1 (DIRA): 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) PRUEBA GENÉTICA PARA MUTACIONES DE GANANCIA DE FUNCIÓN EN EL GEN IL1RN, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (P. E.J., PCR ELEVADOS, ESR) Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIONES TIPO PSORIASIS PUSTULAR, OSTEOMIELITIS, AUSENCIA DE OSTEOMIELITIS BACTERIANA, ONICOMADESIS.</p> <p>PERICARDITIS RECURRENTES (RP): DOS DE LOS SIGUIENTES: DOLOR EN EL PECHO CONSISTENTE CON PERICARDITIS, FRICCIÓN PERICARDIAL, ECG QUE MUESTRA ELEVACIÓN DIFUSA DEL SEGMENTO ST O DEPRESIÓN DEL SEGMENTO PR, DERRAME PERICARDIAL NUEVO O QUE EMPEORA.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	CAPS, DIRA: POR VIDA. RP: 12 MESES.

Criterios	Detalles del Criterio
Otros Criterios	<p>CAPS: NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE IL-1.</p> <p>DIRA: 1) NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE IL-1, Y 2) ENSAYO DEL AGENTE PREFERENTE: KINERET.</p> <p>RP: 1) TENÍA UN EPISODIO DE PERICARDITIS AGUDA, 2) LIBRE DE SÍNTOMAS DURANTE 4 A 6 SEMANAS, Y 3) NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE IL-1.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RIMEGEPANT

Productos Afectados

- NURTEC ODT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>RATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TRIPTAN (P. EJ., SUMATRIPTAN, RIZATRIPTAN), Y 2) NO SE PERMITE USO CONCURRENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA.</p> <p>PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA EPISÓDICA: 1) NO USO CONCURRENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA, Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS PARA LA MIGRAÑA: DIVALPROEX SODIUM, TOPIRAMATE, PROPRANOLOL, TIMOLOL.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA: 1) NO SE PERMITE USO CONCURRENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) MEJORA CON RESPECTO AL VALOR BASE EN UN CUESTIONARIO VALIDADO DE RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE SOBRE TRATAMIENTO AGUDO, O (B) LA</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>TERAPIA FUNCIONA DE FORMA CONSTANTE EN LA MAYORÍA DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA.</p> <p>PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA EPISÓDICA: 1) NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA, Y 2) EDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA MIGRAÑA O DEL DOLOR DE CABEZA, DE LA GRAVEDAD O DE LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON TERAPIA.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RIOCIQUAT

Productos Afectados

- ADEMPAS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL:</p> <p>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERIZACIÓN DEL CORAZÓN DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:</p> <p>1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE CUÑA CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR DE 2 UNIDADES DE WOOD.</p> <p>HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA PERSISTENTE/RECURRENTE (CTEPH) (GRUPO 4 DE WHO): SÍNTOMAS DE WHO DE CLASE FUNCIONAL II-IV.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: PAH, CTEPH: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>PAH: NO USO CONCURRENTES CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE FOSFODIESTERASA (PDE) O INHIBIDORES DE PDE NO ESPECÍFICOS.</p> <p>CTEPH: 1) NO USO CONCURRENTES CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE PDE O INHIBIDORES DE PDE NO ESPECÍFICOS, Y 2) NO ES CANDIDATO PARA CIRUGÍA O TIENE UN CTEPH INOPERABLE O TIENE ENFERMEDAD PERSISTENTE O RECURRENTE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.</p> <p>RENOVACIÓN:</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	PAH, CTEPH: NO USO CONCURRENTE CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE PDE O INHIBIDORES DE PDE NO ESPECÍFICOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RIPRETINIB

Productos Afectados

- QINLOCK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RISANKIZUMAB-RZAA

Productos Afectados

- SKYRIZI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS EN PLACAS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL:</p> <p>PSO: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO</p> <p>ENFERMEDAD DE CROHNS (CD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>PSO: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA) PARA EL TRATAMIENTO DE PSO, (B) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESIVO COMO A PUVA PARA EL TRATAMIENTO DE PSO, O (C) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN INHIBIDOR BIOLÓGICO, DE PDE-4 O DE JAK DIFERENTE PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 2) NO SE PUEDE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA MOLÉCULA PEQUEÑA O BIOLÓGICA SISTÉMICA (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN DMARD (FARMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>ENFERMEDAD), Y 2) NO SE PUEDE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA MOLÉCULA PEQUEÑA O BIOLÓGICA SISTÉMICA (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>CD: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA CONVENCIONAL (P. E.G., CORTICOSTEROID [P. E.G., BUDESONIDE, METHYLPREDNISOLONE], AZATHIOPRINE, MERCAPTOPYRINE, METHOTREXATE, MESALAMINE), Y 2) NO SE PUEDE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA MOLÉCULA PEQUEÑA O BIOLÓGICA SISTÉMICA (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: PSO, PSA: 1) CONTINÚA BENEFICIENDO DEL MEDICAMENTO 2) NO HAY USO CONCURRENTEMENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>CD: NO SE PUEDE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA MOLÉCULA PEQUEÑA O BIOLÓGICA SISTÉMICA (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RISDIPLAM

Productos Afectados

- EVRYSDI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (SMA): INICIAL: ANÁLISIS DE MUTACIONES GENÉTICAS QUE INDICAN MUTACIONES O ELIMINACIONES DE AMBOS ALELOS DEL GEN DE LA NEURONA MOTORA DE SUPERVIVENCIA 1 (SMN1).</p> <p>PARA PACIENTES PRESINTOMÁTICOS: HASTA TRES COPIAS DE LA NEURONA MOTORA 2 DE SUPERVIVENCIA (SMN2) BASADA EN EL EXAMEN DEL RECIÉN NACIDO.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	SMA: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ESPECIALISTA NEUROMUSCULAR O UN ESPECIALISTA EN SMA EN UN CENTRO DE ESPECIALIDAD EN SMA.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	<p>SMA: INICIAL:</p> <p>PARA PACIENTES SINTOMÁTICOS: 1) EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA BÁSICA POR UN ESPECIALISTA NEUROMUSCULAR O ESPECIALISTA EN SMA, Y 2) SI EL PACIENTE RECIBIÓ TERAPIA GÉNICA, EL PACIENTE TENÍA MENOS BENEFICIO CLÍNICO ESPERADO CON LA TERAPIA GÉNICA.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>EJORADO, MANTENIDO O DEMOSTRADO UNA DISMINUCIÓN MENOR DE LA ESPERADA EN: 1) EVALUACIONES DE LA FUNCIÓN MOTORA EN COMPARACIÓN CON LA LÍNEA DE BASE, O 2) OTRA FUNCIÓN MUSCULAR.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.

Crterios	Detalles del Criterio
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RITUXIMAB AND HYALURONIDASE HUMAN-SQ

Productos Afectados

- RITUXAN HYCELA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	<p>LINFOMA FOLICULAR (FL), LINFOMA DIFUSA DE CÉLULAS B GRANDES (DLBCL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): HA RECIBIDO O RECIBIRÁ AL MENOS UNA DOSIS COMPLETA DE UN PRODUCTO DE RITUXIMAB MEDIANTE INFUSIÓN INTRAVENOSA ANTES DE INICIAR EL RITUXIMAB Y LA HYALURONIDASE.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RITUXIMAB-ABBS

Productos Afectados

- TRUXIMA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): RECETADO O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>LINFOMA NO HODGKINS (NHL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): RECETADO POR UN ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.</p>
Duración de Cobertura	<p>RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. NHL, GPA, MPA: 12 MESES. CLL: 6 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>RA: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RITUXIMAB-ARRX

Productos Afectados

- RIABNI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): RECETADO O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>LINFOMA NO HODGKINS (NHL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): RECETADO POR UN ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.</p>
Duración de Cobertura	<p>RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. NHL, GPA, MPA: 12 MESES. CLL: 6 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>RA: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RITUXIMAB-PVVR

Productos Afectados

- RUXIENCE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>RA: INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): RECETADO O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>LINFOMA NO HODGKINS (NHL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): RECETADO POR UN ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.</p>
Duración de Cobertura	<p>RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. NHL, GPA, MPA: 12 MESES. CLL: 6 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>RA: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ROPEGINTERFERON ALFA-2B-NJFT

Productos Afectados

- BESREMI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RUCAPARIB

Productos Afectados

- RUBRACA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: UNO DE LOS SIGUIENTES: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTENTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

RUXOLITINIB

Productos Afectados

- JAKAFI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	MIELOFIBROSIS: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. POLICITEMIA VERA, GVHD: 12 MESES
Otros Criterios	MYELOFIBROSIS: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIANDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SAPROPTERIN

Productos Afectados

- *javygtor oral tablet,soluble*
- *sapropterin oral tablet,soluble*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 2 MESES, RENOVACIÓN 12 MESES.
Otros Criterios	HIPERFENILALANINEMIA (HPA): INICIAL: SIN USO CONCURRENTES CON EL MEDICAMENTO DE PALYNZIQ. RENOVACIÓN: 1) CONTINÚA BENEFICIENDO DEL TRATAMIENTO Y 2) NO USO CONCURRENTES CON PALYNZIQ.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SARGRAMOSTIM

Productos Afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATOLOGO U ONCOLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SATRALIZUMAB-MWGE

Productos Afectados

- ENSPRYNG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	TRASTORNO DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMOSD): INICIAL: RECETADO POR UN OFTALMÓLOGO O RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>NMOSD: INICIAL: 1) UNA DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS BÁSICAS: (A) NEURITIS ÓPTICA, (B) MIELITIS AGUDA, (C) SÍNDROME DEL ÁREA POSTREMA, (D) SÍNDROME AGUDO DEL TALLO CEREBRAL, (E) NARCOLEPSIA SINTOMÁTICA O SÍNDROME CLÍNICO DIENCEFÁLICO AGUDO CON LESIONES DE MRI DIENCEFÁLICAS TÍPICAS DE NMOSD, O (F) SÍNDROME CEREBRAL SINTOMÁTICO CON LESIONES CEREBRAL TÍPICAS DE NMOSD, Y 2) NO USO CONCURRENTENTE CON RITUXIMAB, INEBILIZUMAB, OR ECVLIZUMAB.</p> <p>RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE RECAÍDAS DESDE EL INICIAL, Y 2) NO USO CONCURRENTENTE CON RITUXIMAB, INEBILIZUMAB, OR ECVLIZUMAB.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

SECUKINUMAB IV

Productos Afectados

- COSENTYX INTRAVENOUS

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	INICIAL: ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (CRP) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILIITIS EN IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI).
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA: RECETADO O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	INICIAL: PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN DMARD (MEDICAMENTO ANTIRREUMATICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO SE PUEDE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA MOLÉCULA PEQUEÑA O BIOLÓGICA SISTÉMICA (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. AS, NR-AXSPA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID, Y 2) NO SE PUEDE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA MOLÉCULA PEQUEÑA O BIOLÓGICA SISTÉMICA (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. RENOVACIÓN: PSA, AS, NR-AXSPA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, Y 2) NO SE PUEDE USAR CONCURRENTEMENTE CON OTRA MOLÉCULA PEQUEÑA O BIOLÓGICA SISTÉMICA (P. EJ.,

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SECUKINUMAB SQ

Productos Afectados

- COSENTYX (2 SYRINGES)
- COSENTYX PEN (2 PENS)
- COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML
- COSENTYX UNOREADY PEN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL O LA CARA.</p> <p>ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (CRP) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILEITIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI).</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO.</p> <p>ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA, ARTRITIS RELACIONADA CON ENTESITIS (ERA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: HS: 4 MESES, TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: PSO: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) O PUVA (PHOTOTHERAPY) PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, (B) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS INMUNOSUPRESORES Y A LA PUVA</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, O (C) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN INHIBIDOR BIOLÓGICO, DE PDE-4 O DE JAK DIFERENTE PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>PSA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS, NR-AXSPA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A UN NSAID, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ERA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A UN NSAID, SULFASALAZINE, OR METHOTREXATE.</p> <p>HS: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA HS U OTROS INHIBIDORES DE IL-17 PARA CUALQUIER INDICACIÓN.</p> <p>RENOVACIÓN: PSO, PSA, AS, NR-AXSPA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ERA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>HS: 1) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA HS U OTROS INHIBIDORES DE IL-17 PARA CUALQUIER INDICACIÓN, Y 2) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.

Crterios	Detalles del Criterio
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SELADELPAR

Productos Afectados

- LIVDELZI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (PBC): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR DOS DE LOS SIGUIENTES: 1) NIVEL ELEVADO DE FOSFATASA ALCALINA, 2) PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIAL U OTROS AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE PBC, INCLUYENDO SP100 O GP210, SI LA AMA ES NEGATIVA, O 3) EVIDENCIA HISTOLÓGICA (OBTENIDA POR BIOPSIA HEPÁTICA) DE COLANGITIS DESTRUCTIVA NO SUPURATIVA Y DESTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS BILIARES INTERLOBULARES.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PBC: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO O HEPATÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>PBC: INICIAL:</p> <p>1) SIN USO CONCURRENTENTE CON OTRA TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA CBP, 2) SE UTILIZA EN COMBINACIÓN CON URSODIOL SI HAY RESPUESTA INADECUADA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON MONOTERAPIA CON URSODIOL DURANTE AL MENOS 1 AÑO, O SE UTILIZA COMO MONOTERAPIA SI NO SE PUEDE TOLERAR EL URSODIOL, 3) NO TIENE CIRROSIS DESCOMPENSADA (CHILD-PUGH B O C), UN EVENTO DE DESCOMPENSACIÓN PREVIA O CIRROSIS COMPENSADA CON EVIDENCIA DE HIPERTENSIÓN PORTAL, Y 4) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: OCALIVA, IQIRVO. ASO NO APLICABLE PARA QUIENES EL ALIVIO DEL PRURITO ES UN OBJETIVO DEL TRATAMIENTO.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	2) NO LA UTILIZA CONCURRENTEMENTE CON OTRA TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA LA CBP.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SELEXIPAG

Productos Afectados

- UPTRAVI INTRAVENOUS 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG
- UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG
- UPTRAVI ORAL TABLETS, DOSE PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR DE ENCUADRE PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DE WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PAH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	PAH: INICIAL: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DISTINTAS CLASES DE FÁRMACOS: 1) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, 2) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO-5 PARA LA PAH, 3) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SELINEXOR

Productos Afectados

- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SELPERCATINIB

Productos Afectados

- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SELUMETINIB

Productos Afectados

- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG,
25 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SILDENAFIL TABLET

Productos Afectados

- *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR DE ENCUÑAMIENTO PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DE WOOD.</p> <p>EDADES DE 1 A 17 AÑOS: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PAP MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PCWP DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) PVR DE 3 UNIDADES DE WOOD O MAYORES.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PAH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIAL/RENOVACIÓN: 1) NO TOMAR DE FORMA CONCURRENTES O INTERMITENTES AGENTES ORALES PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (P. EJ., CIALIS, VIAGRA) O CUALQUIER NITRATO ORGÁNICO EN CUALQUIER FORMA Y 2) NO UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON ESTIMULADORES DE LA GUANILATO CICLASA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

SIPONIMOD

Productos Afectados

- MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG
- MAYZENT STARTER (FOR 1MG MAINT)
- MAYZENT STARTER (FOR 2MG MAINT)

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	FORMA RECIDIVANTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MS): RENOVACIÓN: 1) BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO EN COMPARACIÓN CON EL ESTADO DE BASE PREVIO AL TRATAMIENTO, Y 2) NO PRESENTA LINFOPENIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SIROLIMUS PROTEIN-BOUND

Productos Afectados

- FYARRO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SODIUM OXYBATE-XYREM

Productos Afectados

- *sodium oxybate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL: CATAPLEXIA EN LA NARCOLEPSIA, SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA (EDS) EN LA NARCOLEPSIA: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL SUEÑO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	<p>INICIAL:</p> <p>EN NARCOLEPSIA: 1) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON UN AGENTE HIPNÓTICO SEDANTE, 2) MAYORES DE 18 AÑOS: ENSAYO, FRACASO O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE MODAFINIL, ARMODAFINIL O SUNOSI Y UN ESTIMULANTE GENÉRICO INDICADO PARA EL EDS EN LA NARCOLEPSIA, Y 3) DE 7 A 17 AÑOS: PRUEBA, FRACASO O CONTRAINDICACIÓN DE UN ESTIMULANTE GENÉRICO INDICADO PARA EL EDS EN LA NARCOLEPSIA</p> <p>ATAPLEXIA EN LA NARCOLEPSIA: SIN USO CONCURRENTES CON UN AGENTE HIPNÓTICO SEDANTE.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>ATAPLEXIA EN LA NARCOLEPSIA, EDS EN LA NARCOLEPSIA: 1) MEJORA SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL SITUACIÓN BASE, Y 2) SIN USO CONCURRENTES CON UN AGENTE HIPNÓTICO SEDANTE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.

Crterios	Detalles del Criterio
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SODIUM PHENYL BUTYRATE TABLETS

Productos Afectados

- *sodium phenylbutyrate oral tablet*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA (UCD): INICIAL: EL UCD SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS ENZIMÁTICAS, BIOQUÍMICAS O GENÉTICAS.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	UCD: RENOVACIÓN: BENEFICIO CLÍNICO DESDE LA LÍNEA BASE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR

Productos Afectados

- EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG
- EPCLUSA ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HCV RNA NIVEL DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA GUÍA ACTUAL DE AASLD/IDSA.
Otros Criterios	1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA GUÍA ACTUAL DE AASLD/IDSA, 2) NO TOMAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS AL MISMO TIEMPO: AMIODARONE, CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, RÉGIMEN DE HIV QUE CONTIENE EFAVIRENZ, ROSUVASTATIN EN DOSIS SUPERIORES A 10 MG, TIPRANAVIR/RITONAVIR, TOPOTECAN, SOVALDI (COMO AGENTE ÚNICO), HARVONI, ZEPATIER, MAVYRET, OR VOSEVI, Y 3) LOS PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA REQUIEREN RIBAVIRINA CONCURRENTENTE A MENOS QUE LA RIBAVIRINA NO SEA ELEGIBLE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR

Productos Afectados

- VOSEVI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HCV RNA NIVEL DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA GUÍA ACTUAL DE AASLD/IDSA.
Otros Criterios	1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE CONFORMIDAD CON LA GUÍA ACTUAL DE AASLD/IDSA, 2) NO TOMAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS AL MISMO TIEMPO: AMIODARONE, CARBAMAZEPINE, PHENYTOIN, PHENOBARBITAL, OXCARBAZEPINE, RIFAMPIN, RIFABUTIN, RIFAPENTINE, CYCLOSPORINE, PITAVASTATIN, PRAVASTATIN (DOSIS SUPERIORES A 40 MG), ROSUVASTATIN, METHOTREXATE, MITOXANTRONE, IMATINIB, IRINOTECAN, LAPATINIB, SULFASALAZINE, TOPOTECAN, O RÉGIMEN CONTRA EL HIV QUE CONTIENE EFAVIRENZ, ATAZANAVIR, LOPINAVIR, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOVALDI (COMO AGENTE ÚNICO), EPCLUSA, HARVONI, ZEPATIER, O MAVYRET, Y 3) NO TIENE INFLUENCIA HEPÁTICA MODERADA O GRAVE (CHILD-PUGH B O C).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SOMATROPIN - NORDITROPIN

Productos Afectados

- NORDITROPIN FLEXPPO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	INICIAL/RENOVACIÓN: MEJORÍA PARA ATLETICA, PROPÓSITOS ANTI-ENVEJECIMIENTO.
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: DEFICIENCIA DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO PEDIÁTRICA (GHD), ESTATURA BAJA IDIOPÁTICA (ISS), PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL (SGA), SÍNDROME DE TURNER (TS), SÍNDROME DE NOONAN: ALTURA AL MENOS 2 DESVIACIONES ESTÁNDAR POR DEBAJO DE LA ALTURA MEDIA PARA NIÑOS DE LA MISMA EDAD Y GÉNERO.</p> <p>SÍNDROME PRADER WILLI SYNDROME (PWS): DIAGNÓSTICO GENÉTICO CONFIRMADO.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: PRESCRITAS POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: GHD EN ADULTO: GHD SOLO O ASOCIADA CON DEFICIENCIAS HORMONALES MÚLTIPLES (HIPOPITUITARISMO), COMO RESULTADO DE ENFERMEDAD HIPOFISARIA, ENFERMEDAD HIPOTALÁMICA, CIRUGÍA, RADIOTERAPIA O TRAUMA, O PARA LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DESDE LA INFANCIA CON DEFECTO DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHD).</p> <p>GHD PEDIÁTRICO, ISS, SGA, TS, SÍNDROME DE NOONAN: EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS POR RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO.</p> <p>RENOVACIÓN: GHD PEDIÁTRICO: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA (P. EJ., AUMENTO DE LA ALTURA O AUMENTO DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO), Y 2) EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADA POR</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>RADIOGRAFÍA DE LA MUÑECA Y LA MANO O NO HA COMPLETADO EL CRECIMIENTO PREPUBERAL.</p> <p>ISS, SGA, TS, SÍNDROME DE NOONAN: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA (P. EJ., AUMENTO DE LA ALTURA O AUMENTO DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO), Y 2) EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADA POR RADIOGRAFÍA DE LA MUÑECA Y LA MANO O NO HA COMPLETADO EL CRECIMIENTO PREPUBERAL.</p> <p>PWS: MEJORA DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SOMATROPIN - SEROSTIM

Productos Afectados

- SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	INICIAL/RENOVACIÓN: MEJORÍA PARA ATLETICA, PROPÓSITOS ANTI-ENVEJECIMIENTO.
Información Médica Requerida	INICIAL: HIV/PÉRDIDA: UNO DE LOS SIGUIENTES PARA LA PÉRDIDA DE PESO: 1) 10% PÉRDIDA DE PESO NO INTENCIONADA EN 12 MESES, 2) 7.5% PÉRDIDA DE PESO NO INTENCIONADA EN 6 MESES, 3) 5% PÉRDIDA DE MASA CELULAR CORPORAL (BCM) EN 6 MESES, 4) BCM MENOS DEL 35% (HOMBRES) DEL PESO CORPORAL TOTAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (BMI) MENOS DE 27 KG POR METRO CUADRADO, 5) BCM MENOS DEL 23% (MUJERES) DEL PESO CORPORAL TOTAL Y BMI MENOS DE 27 KG POR METRO CUADRADO, O 6) EL BMI MENOS DE 18,5 KG POR METRO CUADRADO.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	HIV/PÉRDIDA: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO, ESPECIALISTA EN APOYO NUTRICIONAL O ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 3 MESES.
Otros Criterios	HIV/PÉRDIDA: INICIAL: RESPUESTA INADECUADA A UNA TERAPIA PREVIA (P. EJ., MEGACE, ESTIMULANTES DEL APETITO, ESTEROIDES ANABÓLICOS). RENOVACIÓN: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN MASA MUSCULAR Y PESO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

SONIDEGIB

Productos Afectados

- ODOMZO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	CARCINOMA BASO CELULAR LOCALMENTE AVANZADO (BCC): NIVELES BASE DE CREATINA QUINASA (CK) Y CREATININA SÉRICA.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SORAFENIB

Productos Afectados

- *sorafenib*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SOTATERCEPT-CSRK

Productos Afectados

- WINREVAIR

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR DE ENCUÑAMIENTO PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DE WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PAH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIAL: 1) SOBRE TERAPIA DE FONDO PARA PAH (DURANTE AL MENOS 3 MESES) CON AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DISTINTAS CLASES DE FÁRMACOS: A) ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, B) INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO-5 PARA PAH, C) ESTIMULADOR ORAL DE CGMP, D) PROSTACICLINA IV/SQ, O 2) EN UN AGENTE DE UNA DE LAS CLASES DE MEDICAMENTOS ANTERIORES, Y TIENE UNA CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A TODAS LAS DEMÁS CLASES DE MEDICAMENTOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

SOTORASIB

Productos Afectados

- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG,
320 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

STIRIPENTOL

Productos Afectados

- DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG
- DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG, 500 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	SÍNDROME DE DRAVET: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

SUNITINIB

Productos Afectados

- *sunitinib malate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN AL MEDICAMENTO DE IMATINIB (GLEEVEC).
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TADALAFIL - ADCIRCA, ALYQ

Productos Afectados

- *alyq*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR DE ENCUÑAMIENTO PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DEO DE WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	PAH: INICIAL/RENOVACIÓN: 1) NO TOMAR DE FORMA CONCURRENTES O INTERMITENTE AGENTES PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL ORALES (P, EJ., CIALIS, VIAGRA) O CUALQUIER NITRATO ORGÁNICO EN CUALQUIER FORMA, Y 2) NO UTILIZAR CONCURRENTEMENTE CON ESTIMULADORES DE LA GUANILATO CICLASA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TADALAFIL-CIALIS

Productos Afectados

- *tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	ERECTILE DYSFUNCTION WITHOUT DIAGNOSIS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH).
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	BPH: 1) ENSAYO DE UN BLOQUEADOR ALFA (P. EJ., DOXAZOSIN, TERAZOSIN, TAMSULOSIN, ALFUZOSIN), Y 2) ENSAYO DE UN INHIBIDOR DE LA 5-ALFA-REDUCTASA (P. EJ., FINASTERIDE, DUTASTERIDE). SE APLICA ÚNICAMENTE A CONCENTRACIONES DE 2.5 MG Y 5 MG.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TALAZOPARIB

Productos Afectados

- TALZENNA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	<p>CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO: 1) HA SIDO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA EN EL ENTORNO NEOADYUVANTE, ADYUVANTE O METASTÁSICO, Y 2) SI SE TRATA DE CÁNCER DE MAMA CON RECEPTOR HORMONAL (HR) POSITIVO, HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON TERAPIA ENDOCRINA O SE CONSIDERA INAPROPIADO PARA LA TERAPIA ENDOCRINA.</p> <p>CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCURRENTES CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TALQUETAMAB-TGVS

Productos Afectados

- TALVEY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TARLATAMAB-DLLE

Productos Afectados

- IMDELLTRA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TASIMELTEON

Productos Afectados

- HETLIOZ LQ
- *tasimelton*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	POR VIDA
Otros Criterios	TRASTORNO DEL SUEÑO-VIGILANCIA NO DE 24 HORAS: INSENSIBLE A LA LUZ O TIENE CEGUERA TOTAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TAZEMETOSTAT

Productos Afectados

- TAZVERIK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TEBENTAFUSP-TEBN

Productos Afectados

- KIMMTRAK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TECLISTAMAB-CQYV

Productos Afectados

- TECVAYLI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TEDUGLUTIDE

Productos Afectados

- GATTEX 30-VIAL

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO (SBS): INICIAL/RENOVACIÓN: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	SBS: INICIAL: DEPENDIENTE DE NUTRICIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, DEFINIDA COMO LA REQUISICIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL AL MENOS TRES VECES POR SEMANA. RENOVACIÓN: LOGRARON O MANTUVIERON UNA DISMINUCIÓN DE LA NECESIDAD DE APOYO PARENTERAL EN COMPARACIÓN CON LA LÍNEA DE REFERENCIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TELOTRISTAT

Productos Afectados

- XERMELO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	DIARREA POR SÍNDROME CARCINOIDE: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN ONCÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TEPOTINIB

Productos Afectados

- TEPMETKO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TERIFLUNOMIDE

Productos Afectados

- *teriflunomide*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TERIPARATIDE

Productos Afectados

- *teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)*

Crterios	Detalles del Criterio
Crterios de Exclusi3n	
Informaci3n M3dica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duraci3n de Cobertura	24 MESES
Otros Crterios	OSTEOPOROSIS: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 24 MESES DE TRATAMIENTO ACUMULATIVO CON CUALQUIER TERAPIA CON HORMONA PARATIROIDEA, A MENOS QUE PERMANEZCA O HAYA REGRESADO A TENER UN ALTO RIESGO DE FRACTURA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TESAMORELIN

Productos Afectados

- EGRIFTA SV

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	3 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TESTOSTERONE

Productos Afectados

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)*
- *testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)*
- *testosterone transdermal solution in metered pump w/app*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA SÉRICA DE MENOS DE 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE DE MENOS DE 5 NG/DL.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	<p>HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL:</p> <p>1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.</p> <p>RENOVACIÓN:</p> <p>1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL PSA PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA Y 2) MEJORA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN DESDE LA LÍNEA BASE Y DE LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TESTOSTERONE CYPIONATE

Productos Afectados

- *testosterone cypionate*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA SÉRICA DE MENOS DE 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE DE MENOS DE 5 NG/DL.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: 1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: 1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL PSA PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA Y 2) MEJORA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON LA LÍNEA BASE Y TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TESTOSTERONE ENANTHATE

Productos Afectados

- *testosterone enanthate*
- XYOSTED

Crterios	Detalles del Criterio
Crterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA SÉRICA DE MENOS DE 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE DE MENOS DE 5 NG/DL.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: PUBERTAD RETRASADA MASCULINA: 6 MESES, HIPOGONADISMO MASCULINO: 12 MESES. OTRAS INDICACIONES: 12 MESES.
Otros Crterios	<p>INICIAL: HIPOGONADISMO MASCULINO: 1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.</p> <p>RENOVACIÓN: HIPOGONADISMO MASCULINO: 1) MAYORES DE 40 AÑOS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON LA LÍNEA BASE Y TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.</p> <p>PUBERTAD RETRASADA MASCULINA: NO HA RECIBIDO MÁS DE DOS TRATAMIENTOS DE TERAPIA DE REEMPLAZO DE TESTOSTERONA DE SEIS MESES DE DURACIÓN</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.

Criterios	Detalles del Criterio
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- *tetrabenazine*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: RECETADP POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TEZACAFTOR/IVACAFTOR

Productos Afectados

- SYMDEKO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	FIBROSIS QUÍSTICA (CF): INICIAL: MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	CF: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: LIFETIME
Otros Criterios	CF: RENOVACIÓN: 1) SE MANTIENE, MEJORA O SE DEMUESTRA UNA DISMINUCIÓN MENOR A LA ESPERADA EN EL FEV1 O EN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (BMI), O 2) UNA REDUCCIÓN EN EL NÚMERO DE EXACERBACIONES PULMONARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

THALIDOMIDE

Productos Afectados

- THALOMID

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TILDRAKIZUMAB-ASMN

Productos Afectados

- ILUMYA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	SORIASIS EN PLACAS (PSO): INICIAL: PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL O LA CARA.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PSO: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>PSO: INICIAL: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, Y 2) NO SE USA CONCURRENTEMENTE CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TISLELIZUMAB-JSGR

Productos Afectados

- TEVIMBRA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TISOTUMAB VEDOTIN-TFTV

Productos Afectados

- TIVDAK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TIVOZANIB

Productos Afectados

- FOTIVDA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOCILIZUMAB IV

Productos Afectados

- ACTEMRA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (SJIA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: RA, PJIA, SJIA, GCA: 6 MESES. CRS: 1 MES. RENOVACIÓN: RA, PJIA, SJIA, GCA: 12 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>PJIA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ IR, ORENCIA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>SJIA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>PJIA, SJIA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOCILIZUMAB SQ

Productos Afectados

- ACTEMRA
- ACTEMRA ACTPEN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (SJIA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p> <p>ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA (SSC-ILD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA.</p> <p>PJIA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ IR, ORENCIA, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>SJIA: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>SSC-ILD: NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (P. EJ., ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD POR MEDICAMENTOS, EXPOSICIÓN AL ASBESTO O AL BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD).</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>PJIA, SJIA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>SSC-ILD: MEJORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA O MANTENIMIENTO DE LA TASA ANUAL DE DECLIVE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOFACITINIB

Productos Afectados

- XELJANZ
- XELJANZ XR

Crterios	Detalles del Criterio
Crterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE CURSO POLIARTICULAR (PCJIA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA (PSA): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO.</p> <p>COLITIS ULCEROSA (UC): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Crterios	<p>INICIAL: RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON DMARD (UN FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI UN PACIENTE HA PROBADO METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE PROBAR CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA.</p> <p>PSA, PCJIA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ.,</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN UN NSAID, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P E.J., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA CONVENCIONAL (ES DECIR, CORTICOSTEROID [P. EJ., BUDESONIDE, METHYLPREDNISOLONE], AZATHIOPRINE, MERCAPTOPYRINE, METHOTREXATE, MESALAMINE), Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>PSA, AS, PCJIA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P E.J., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC: NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON OTRO MEDICAMENTO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P E.J., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOLVAPTAN

Productos Afectados

- JYNARQUE ORAL TABLET
- JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSÓMICA DOMINANTE (ADPKD): INICIAL: 1) ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA CONFIRMADA MEDIANTE CT, RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI), O ECOGRAFÍA, Y 2) PRUEBAS GENÉTICAS PARA DESCUBRIR MUTACIONES CAUSATIVAS O ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA CONFIRMADA EN UNO O AMBOS PADRES.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ADPKD: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEFRÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	ADPKD: INICIAL: NO TIENE ENFERMEDAD RENAL ENFERMEDAD RESIDUAL (P. EJ., NO RECIBE DIÁLISIS O SE HA SOMETIDO A UN TRASPLANTE RENAL) RENOVACIÓN: NO HA PROGRESADO A ESRD/DIÁLISIS O TRASPLANTE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOPICAL TRETINOIN

Productos Afectados

- ALTRENO
- *tretinoin*

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	INDICACIONES COSMÉTICAS COMO ARRUGAS, FOTOENVEJECIMIENTO, MELASMA.
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ACNÉ VULGAR: LA TRETINOÍNA TÓPICA DE MARCA REQUIERE PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN PRODUCTO TRETINOÍNA TÓPICO GENÉRICO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TORIPALIMAB-TPZI

Productos Afectados

- LOQTORZI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	CARCINOMA NASOFARINGEO (NPC): TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA: 24 MESES, TRATAMIENTO PREVIAMENTE: DE POR VIDA.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TOVORAFENIB

Productos Afectados

- OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION
- OJEMDA ORAL TABLET

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRAMETINIB SOLUTION

Productos Afectados

- MEKINIST ORAL RECON SOLN

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO, MELANOMA, CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO (NSCLC), CÁNCER DE TIROIDES ANAPLASICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO (ATC), TUMOR SÓLIDO IRRESECABLE O METASTÁSICO, GLIOMA DE BAJO GRADO (LGG): NO PUEDO TRAGAR LAS TABLETAS DE MEKINIST.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRAMETINIB TABLET

Productos Afectados

- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRASTUZUMAB-ANNS

Productos Afectados

- KANJINTI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	<p>CÁNCER DE MAMA ADYUVANTE, CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HERZUMA, OGIVRI, ONTRUZANT, TRAZIMERA.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRASTUZUMAB-DKST

Productos Afectados

- OGIVRI

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRASTUZUMAB-DTTB

Productos Afectados

- ONTRUZANT

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRASTUZUMAB-HYALURONIDASE-OYSK

Productos Afectados

- HERCEPTIN HYLECTA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CÁNCER DE MAMA ADYUVANTE, CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HERZUMA, OGIVRI, ONTRUZANT, TRAZIMERA.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRASTUZUMAB-PKRB

Productos Afectados

- HERZUMA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRASTUZUMAB-QYYP

Productos Afectados

- TRAZIMERA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TREMELIMUMAB-ACTL

Productos Afectados

- IMJUDO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	UHCC: 30 DÍAS. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO (NSCLC): 5 MESES.
Otros Criterios	CARCINOMA HEPATOCELULAR IRRESECABLE (UHCC): NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON IMJUDO. NSCLC: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 5 DOSIS DE IMJUDO.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TREPROSTINIL INHALED

Productos Afectados

- TYVASO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH), HIPERTENSIÓN PULMONAR-ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (PH-ILD): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR DE ENCUÑAMIENTO PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DE WOOD.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: PAH, PH-ILD: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	<p>INICIAL: PAH: 12 MESES, PH-ILD: 6 MESES. RENOVACIÓN: PAH, PH-ILD: 12 MESES.</p>
Otros Criterios	<p>INICIAL: PAH: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DISTINTAS CLASES DE FÁRMACOS: 1) VERSIÓN DE FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, 2) VERSIÓN DE FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO-5 PARA LA PAH, 3) VERSIÓN DE FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP, 4) VERSIÓN DE FORMULARIO DE UNA PROSTACICLINA IV/SC.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	<p>Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TREPROSTINIL INJECTABLE

Productos Afectados

- *treprostinil sodium*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN MEDIA DE LA ARTERIA PULMONAR (PAP) MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR DE ENCUÑAMIENTO PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) MAYOR A 2 UNIDADES DE WOOD.
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	PAH: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros Criterios	PAH: INICIAL: 1) CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DESPUÉS DEL ALTA DEL HOSPITAL, 2) NUEVO INICIO Y INDICACIÓN DEL MÉDICO DE QUE EL PACIENTE ES DE RIESGO INTERMEDIO O ALTO, O 3) NUEVO INICIO Y PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DISTINTAS CLASES DE MEDICAMENTOS: (A) VERSIÓN DE FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, (B) VERSIÓN DE FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO-5 PARA LA PAH, (C) VERSIÓN DE FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.

Criterios	Detalles del Criterio
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIENTINE CAPSULE

Productos Afectados

- *trientine oral capsule 250 mg*

Crterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ENFERMEDAD DE WILSONS: INICIAL: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO.
Duración de Cobertura	INICIAL: 12 MESES, RENOVACIÓN: POR VIDA.
Otros Criterios	ENFERMEDAD DE WILSONS: INICIAL: 1) PUNTAJE DE LEIPZIG DE 4 O MAYOR, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE TABLETA DE PENICILMINA. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIFLURIDINE/TIPIRACIL

Productos Afectados

- LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG,
20-8.19 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TRIPTORELIN-TRELSTAR

Productos Afectados

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR
SUSPENSION FOR RECONSTITUTION

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES.
Otros Criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

TUCATINIB

Productos Afectados

- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

UBROGEPANT

Productos Afectados

- UBRELVY

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA: INICIAL: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN TRIPTAN (P. EJ., SUMATRIPTAN, RIZATRIPTAN), Y 2) NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA.</p> <p>RENOVACIÓN: 1) NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) MEJORA CON RESPECTO AL VALOR BASE EN UN CUESTIONARIO VALIDADO DE RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE SOBRE TRATAMIENTO AGUDO, O (B) LA TERAPIA FUNCIONA DE FORMA CONSTANTE EN LA MAYORÍA DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

UPADACITINIB

Productos Afectados

- RINVOQ
- RINVOQ LQ

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	<p>INICIAL: ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILEITIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI).</p> <p>DERMATITIS ATÓPICA (AD): DERMATITIS ATÓPICA QUE CUBRE AL MENOS EL 10 POR CIENTO DE LA SUPERFICIE CORPORAL O DERMATITIS ATÓPICA QUE AFECTA LA CARA, LA CABEZA, EL CUELLO, LAS MANOS, LOS PIES, LAS INGLETES O LAS ZONAS INTERTRIGINAS.</p>
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO.</p> <p>ARTRITIS PSORIÁSICA: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO.</p> <p>AD: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO.</p> <p>COLITIS ULCEROSA (UC), ENFERMEDAD DE CROHN (CD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.</p>
Duración de Cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros Criterios	<p>INICIAL: RA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI UN PACIENTE HA PROBADO METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE PROBAR CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA.</p> <p>PSA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN DMARD, Y 2) NO USO CONCURRENTENTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AD: 1) PRURITO INTRATABLE O AGRIETAMIENTO/SUPRIMACIÓN/SANGRE DE LA PIEL AFECTADA, 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN CORTICOSTEROIDE TÓPICO, UN INHIBIDOR TÓPICO DE LA CALCINEURINA, UN INHIBIDOR TÓPICO DE LA PDE4 O UN INHIBIDOR TÓPICO DE JAK, Y 3) NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA LA DERMATITIS ATÓPICA U OTROS INHIBIDORES DE JAK PARA CUALQUIER INDICACIÓN.</p> <p>UC, CD: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA CONVENCIONAL (ES DECIR, CORTICOSTEROID [P. EJ., BUDESONIDE, METHYLPREDNISOLONE], AZATHIOPRINE, MERCAPTOPYRINE, METHOTREXATE, MESALAMINE), Y 2) NO USO CONCURRENTENTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>AS, NR-AXSPA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID (MEDICAMENTO ANTI-INFLAMATORIO SIN ESTEROIDEO), Y 2) NO USO CONCURRENTENTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.</p> <p>AD: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA, Y 2) NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA LA DERMATITIS ATÓPICA U OTROS INHIBIDORES DE JAK PARA CUALQUIER INDICACIÓN.</p>

Criterios	Detalles del Criterio
	<p>PSA, AS, NR-AXSPA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>UC, CD: NO USO CONCURRENTES CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

USTEKINUMAB

Productos Afectados

- STELARA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Información Médica Requerida	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de Edad	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Restricciones de Proveedor	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Duración de Cobertura	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Otros Criterios	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Indicaciones	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Usos no Indicados	Pre-Autorización Criterios: Pendiente de aprobación del CMS
Prerrequisito de la Parte B	No

USTEKINUMAB IV

Productos Afectados

- STELARA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (UC): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN GASTROENTERÓLOGO.
Duración de Cobertura	2 MESES
Otros Criterios	<p>CD, UC: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA CONVENCIONAL (P. EJ., CORTICOSTEROID [P. EJ., BUDESONIDE, METHYLPREDNISOLONE], AZATHIOPRINE, MERCAPTOPYRINE, METHOTREXATE, MESALAMINE), Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p> <p>ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

VALBENZAZINE

Productos Afectados

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)
- INGREZZA SPRINKLE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	DISCINESIA TARDIVE (TD): RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO. COREA ASOCIADA CON LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	TD: HISTORIA DEL USO DE AGENTES QUE CAUSAN DISCINESIA TARDIVE.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

VANDETANIB

Productos Afectados

- CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG,
300 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	ACTUALMENTE ESTABLE EN EL MEDICAMENTO DE CAPRELSA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

VEMURAFENIB

Productos Afectados

- ZELBORAF

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	MELANOMA: ZELBORAF SE USARÁ SOLO O EN COMBINACIÓN CON EL MEDICAMENTO COTELLIC.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

VENETOCLAX

Productos Afectados

- VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG
- VENCLEXTA STARTING PACK

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

VERICIGUAT

Productos Afectados

- VERQUVO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN:12 MESES.
Otros Criterios	<p>INSUFICIENCIA CARDIACA (HF): INICIAL: 1) NO SE PERMITE EL USO CONCURRENTES CON NITRATOS DE ACCIÓN PROLONGADA O DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, RIOCIGUAT O INHIBIDORES DE PDE-5, 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN INHIBIDOR DE SGLT-2 PREFERIDO, Y 3) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UN AGENTE DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CLASES DE ATENCIÓN ESTÁNDAR: (A) INHIBIDOR DE ACE, ARB, O ARNI, (B) BETABLOQUEANTE (I.E., BISOPROLOL, CARVEDILOL, METOPROLOL SUCCINATE), O (C) ANTAGONISTA DE LA ALDOSTERONA (P. EJ., SPIRONOLACTONE, EPLERENONE).</p> <p>RENOVACIÓN: NO SE PERMITE USO CONCURRENTES CON NITRATOS DE ACCIÓN PROLONGADA O DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, RIOCIGUAT O INHIBIDORES DE PDE-5.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	

Criterios	Detalles del Criterio
Prerrequisito de la Parte B	No

VIGABATRIN

Productos Afectados

- *vigabatrín*
- *vigadrone*
- *vigpoder*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	CONVULSIONES PARCIALES COMPLEJAS REFRACTARIAS (CPS), ESPASMOS INFANTILES: RECETADO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	CPS: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE DOS AGENTES ANTIEPILEPTICOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

VISMODEGIB

Productos Afectados

- ERIVEDGE

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

VORASIDENIB

Productos Afectados

- VORANIGO

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

VORICONAZOLE SUSPENSION

Productos Afectados

- *voriconazole oral suspension for reconstitution*

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	INFECCIONES POR CANDIDA: 3 MESES. CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA, TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES: 6 MESES.
Otros Criterios	INFECCIONES POR CÁNDIDA: 1) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DEL FLUCONAZOLE, Y 2) INCAPACIDAD DE TRAGAR TABLETAS. TODAS LAS INDICACIONES EXCEPTO CANDIDIASIS ESOFÁGICA: INCAPACIDAD DE TRAGAR TABLETAS. LA CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ZANUBRUTINIB

Productos Afectados

- BRUKINSA

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	12 MESES
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamento aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

ZURANOLONE

Productos Afectados

- ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG, 30 MG

Criterios	Detalles del Criterio
Criterios de Exclusión	
Información Médica Requerida	
Restricciones de Edad	
Restricciones de Proveedor	
Duración de Cobertura	14 DÍAS
Otros Criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones medicamente aceptadas por la FDA.
Usos no Indicados	
Prerrequisito de la Parte B	No

INDEX

1

1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G
..... 187, 196, 197
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G.
..... 187, 196, 197
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G
..... 187, 196, 197
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G
STRL,SINGLE-USE,SHRT.
..... 187, 196, 197
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2
..... 187, 196, 197
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16
..... 187, 196, 197
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32
..... 187, 196, 197
A
abiraterone..... 9
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM
..... 187, 196, 197
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM
..... 187, 196, 197
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM
..... 187, 196, 197
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM
..... 187, 196, 197
ACTEMRA..... 401, 403, 404
ACTEMRA ACTPEN 403, 404
ACTHAR 78
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS
PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80
UNIT/ML 78
ACTIMMUNE..... 201
ADEMPAS 326, 327
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16
..... 187, 196, 197
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16
..... 187, 196, 197
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16
..... 187, 196, 197
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16
..... 187, 196, 197
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16
..... 187, 196, 197

ADVOCATE INS SYR 0.3 ML
29GX1/2..... 187, 196, 197
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2
..... 187, 196, 197
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2
..... 187, 196, 197
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16
..... 187, 196, 197
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G.....
..... 187, 196, 197
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM
..... 187, 196, 197
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G
..... 187, 196, 197
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G
..... 187, 196, 197
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G
..... 187, 196, 197
AJOVY AUTOINJECTOR 146
AJOVY SYRINGE 146
AKEEGA 263
ALCOHOL 70% SWABS 187, 196, 197
ALCOHOL PADS 187, 196, 197
ALCOHOL PREP SWABS 187, 196, 197
ALCOHOL WIPES 187, 196, 197
ALECENSA..... 16
ALTRENO 408
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30
MG, 90 MG..... 58
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE
PACK..... 58
ALVAIZ..... 116, 117
alyq..... 375
ambrisentan..... 18
ANKTIVA 268
apomorphine 25
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM
..... 187, 196, 197
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM
..... 187, 196, 197
ARCALYST 322, 323
ARIKAYCE..... 19
armodafinil..... 225

ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM
 187, 196, 197
 ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16.....
 187, 196, 197
 ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16.....
 187, 196, 197
 ASSURE ID INSULIN SAFETY
 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2
 187, 196, 197
 ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16.....
 187, 196, 197
 ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16.....
 187, 196, 197
 ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16.....
 187, 196, 197
 ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM
 187, 196, 197
 ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2
 187, 196, 197
 ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64
 187, 196, 197
 ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64
 187, 196, 197
 AUGTYRO..... 315
 AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG,
 9 MG 95
 AUSTEDO XR ORAL TABLET
 EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG,
 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG,
 48 MG, 6 MG..... 95
 AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)
 95
 AVONEX INTRAMUSCULAR PEN
 INJECTOR KIT 198
 AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE
 KIT 198
 AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML..... 198
 AVSOLA 179, 180
 AYVAKIT 35
B
 BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4
 MG, 5 MG..... 129
 BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G
 187, 196, 197
 BD ECLIPSE 30GX1/2 187, 196, 197

BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2.....
 187, 196, 197
 BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2).....
 187, 196, 197
 BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G
 (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN)
 187, 196, 197
 BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G
 NOT FOR RETAIL SALE . 187, 196, 197
 BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1
 187, 196, 197
 BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8
 187, 196, 197
 BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2
 187, 196, 197
 BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8
 187, 196, 197
 BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2
 187, 196, 197
 BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O
 NEEDLE 187, 196, 197
 BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML.....
 187, 196, 197
 BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM
 187, 196, 197
 BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM
 187, 196, 197
 BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G
 187, 196, 197
 BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM
 187, 196, 197
 BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM
 187, 196, 197
 BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM
 187, 196, 197
 BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G
 187, 196, 197
 BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8
 187, 196, 197
 BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G
 187, 196, 197
 BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM
 187, 196, 197
 BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G
 188, 196, 197
 BD SINGLE USE SWAB..... 188, 196, 197

BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G
 188, 196, 197
 BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G
 188, 196, 197
 BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G
 188, 196, 197
 BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G
 188, 196, 197
 BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G
 188, 196, 197
 BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2)..
 188, 196, 197
 BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G
 188, 196, 197
 BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G
 188, 196, 197
 BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G
 188, 196, 197
 bendamustine intravenous recon soln 46
 BENDAMUSTINE INTRAVENOUS
 SOLUTION..... 46
 BENDEKA 46
 BENLYSTA SUBCUTANEOUS..... 43
 BESREMI 337
 betaine..... 49
 BETASERON SUBCUTANEOUS KIT. 199
 bexarotene 53
 BORDERED GAUZE 2 188, 196, 197
 bortezomib injection.....55
 bosentan 56
 BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50
 MG 57
 BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400
 MG, 500 MG..... 57
 BRAFTOVI..... 121
 BRUKINSA 444
C
 CABLIVI INJECTION KIT 67
 CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40
 MG, 60 MG..... 62
 CALQUENCE 10
 CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)
 10
 CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300
 MG 435

CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G
 188, 196, 197
 CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G.....
 188, 196, 197
 CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G.....
 188, 196, 197
 CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G.....
 188, 196, 197
 CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G.....
 188, 196, 197
 CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G
 188, 196, 197
 CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G.
 188, 196, 197
 CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP
 PAD..... 188, 196, 197
 CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM
 188, 196, 197
 CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4
 188, 196, 197
 CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16
 188, 196, 197
 CARETOUCH PEN NEEDLE
 31GX5/16.....188, 196, 197
 CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16
 188, 196, 197
 CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32
 188, 196, 197
 CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16..
 188, 196, 197
 CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16.
 188, 196, 197
 CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16..
 188, 196, 197
 CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16
 188, 196, 197
 CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16
 188, 196, 197
 CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16
 188, 196, 197
 CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16
 188, 196, 197
 carglumic acid..... 69
 CAYSTON..... 40
 CERDELGA 114

CIMZIA POWDER FOR RECONST
..... .71, 72, 73
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE
KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)
..... .71, 72, 73, 69
CINQAIR..... 316, 317
CINRYZE 39
CLICKFINE 31G X 5/16..... 188, 196, 197
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32
.....188, 196, 197
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4
..... 188, 196, 197
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100
MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140
MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60
MG/DAY (20 MG X 3/DAY)..... 61
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64
..... .188, 196, 197
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64.
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16..
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64.....
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML
..... .188, 196, 197
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 M.....
..... .188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G
SINGLE USE, MICRO..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G
MINI 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G
SINGLE USE,MINI,HRI.... 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G
..... 188, 196, 197

COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G
SHORT 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX 1/2
..... .188, 196, 197
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX 1/2
..... .188, 196, 197
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX 1/2
..... .188, 196, 197
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX 1/2
..... .188, 196, 197
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX 1/2.....
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX 1/2.....
..... 188, 196, 197
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX 1/2
.....189, 196, 197
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX 5/16
.....189, 196, 197
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3.
..... 189, 196, 197
COMFORT POINT PEN NDL 31GX 1/6
..... .189, 196, 197
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM
..... 189, 196, 197
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM
..... 189, 196, 197
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM
..... 189, 196, 197
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM
..... 189, 196, 197
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM
..... 189, 196, 197

COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM
 189, 196, 197
 COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM
 189, 196, 197
 COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM
 189, 196, 197
 COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM
 189, 196, 197
 COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM
 189, 196, 197
 COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM
 189, 196, 197
 COPIKTRA..... 106
 CORTROPHIN GEL 78
 COSENTYX (2 SYRINGES). 346, 347, 348
 COSENTYX INTRAVENOUS..... 344, 345
 COSENTYX PEN (2 PENS) .. 346, 347, 348
 COSENTYX SUBCUTANEOUS
 SYRINGE 75 MG/0.5 ML.. 346, 347, 348
 COSENTYX UNOREADY PEN ... 344, 345
 COTELLIC 77
 CURAD GAUZE PADS 2..... 189, 196, 197
 CURITY ALCOHOL PREPS 2
 PLY,MEDIUM 189, 196, 197
 CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-
 200/BAG..... 189, 196, 197
 CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY)
 189, 196, 197

D

dalfampridine 84
 DANYELZA..... 256
 DARZALEX..... 85
 DARZALEX FASPRO..... 86
 dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg,
 50 mg, 70 mg, 80 mg 89
 DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25
 MG 154
 deferasirox..... 91
 deferiprone 92, 93
 DERMACEA 2 189, 196, 197
 DERMACEA GAUZE 2..... 189, 196, 197
 DERMACEA NON-WOVEN 2.....
189, 196, 197
 dermacinrx lidocan 5% patch outer 226
 DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG,
 500 MG 373

DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET
 250 MG, 500 MG..... 373
 diclofenac sodium topical gel 3 % 96
 diclofenac sodium topical solution in
 metered-dose pump..... 97
 dimethyl fumarate oral capsule, delayed
 release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240
 mg (46), 240 mg..... 98
 DOPTELET (10 TAB PACK)..... 36, 37
 DOPTELET (15 TAB PACK)..... 36, 37
 DOPTELET (30 TAB PACK)..... 36, 37
 dronabinol 101
 DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM (1/2)
 189, 196, 197
 DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM (1/2)
 189, 196, 197
 DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2)
 189, 196, 197
 DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2)
 189, 196, 197
 DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2)
 189, 196, 197
 DROPLET INS 0.5 ML 31GX 8MM(1/2)
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX 6MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX 8MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX 6MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX 8MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 1 ML 29GX 12.5MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 1 ML 30GX 12.5MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 1 ML 30GX 6MM..
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 1 ML 30GX 8MM
 189, 196, 197
 DROPLET INS SYR 1 ML 31GX 6MM
 189, 196, 197

DROPLET INS SYR 1 ML 31GX 8MM
189, 196, 197
 DROPLET MICRON 34G X 9/64.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 29GX 1/2.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 29GX 3/8.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 30GX 5/16.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 31GX 1/4.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 31GX 3/16.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 31GX 5/16.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 32GX 1/4.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 32GX 3/16.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 32GX 5/16.....
189, 196, 197
 DROPLET PEN NEEDLE 32GX 5/32.....
189, 196, 197
 DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS
189, 196, 197
 DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
189, 196, 197
 DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
189, 196, 197
 DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
189, 196, 197
 DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM
189, 196, 197
 DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM
189, 196, 197
 DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM
189, 196, 197
 DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM
189, 196, 197
 DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX 1/4
189, 196, 197
 DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX 3/16
189, 196, 197
 DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX 5/16
189, 196, 197

droxidopa 102
 DRUG MART ULTRA COMFORT SYR
189, 196, 197
 DUPIXENT PEN.....103, 104, 105
 DUPIXENT SYRINGE 103, 104, 105
E
 EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
189, 196, 197
 EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
189, 196, 197
 EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
189, 196, 197
 EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2
189, 196, 197
 EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16
190, 196, 197
 EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE
190, 196, 197
 EASY COMFORT 0.5 ML 30GX 1/2
190, 196, 197
 EASY COMFORT 0.5 ML 31GX 5/16
190, 196, 197
 EASY COMFORT 0.5 ML 32GX 5/16
190, 196, 197
 EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE
190, 196, 197
 EASY COMFORT 1 ML 31GX 5/16
190, 196, 197
 EASY COMFORT 1 ML 32GX 5/16
190, 196, 197
 EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD
190, 196, 197
 EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR
190, 196, 197
 EASY COMFORT PEN NDL 31GX .1/4
190, 196, 197
 EASY COMFORT PEN NDL 31GX 3/16
190, 196, 197
 EASY COMFORT PEN NDL 31GX 5/16
190, 196, 197
 EASY COMFORT PEN NDL 32GX 5/32
190, 196, 197
 EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM
190, 196, 197
 EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM
190, 196, 197

EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM
 190, 196, 197
 EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX 1/2.
 190, 196, 197
 EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX 6MM.
 190, 196, 197
 EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX
 6MM.....190, 196, 197
 EASY GLIDE INS 1 ML 31GX 6MM.....
 190, 196, 197
 EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G
 190, 196, 197
 EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX 1/2
190, 196, 197
 EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX 1/2
190, 196, 197
 EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX 1/2
190, 196, 197
 EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX 1/2
190, 196, 197
 EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX 5/16
190, 196, 197
 EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX 1/2
190, 196, 197
 EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX 1/2
190, 196, 197
 EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX 1/2.....
 190, 196, 197
 EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS
 GAMMA-STERILIZED..... 190, 196, 197
 EASY TOUCH FLIPLK 1 ML 27GX 0.5
 190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX 1/2
 190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX 1/2
 190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML
190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML
190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML
190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML
 RETRACTABLE..... 190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX 1/2
 190, 196, 197

EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX 1/2
 190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX 5/16
 190, 196, 197
 EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX 5/16
 190, 196, 197
 EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML
 190, 196, 197
 EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX 1/2
 190, 196, 197
 EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX 5/16
 190, 196, 197
 EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX 1/4
 190, 196, 197
 EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX 3/16
 190, 196, 197
 EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX 5/16
 190, 196, 197
 EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX 1/4
 190, 196, 197
 EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX 3/16
 190, 196, 197
 EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX 5/32
 190, 196, 197
 EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM
 190, 196, 197
 EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM
 190, 196, 197
 EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM
 190, 196, 197
 EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM
 190, 196, 197
 EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM
 190, 196, 197
 EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM
 190, 196, 197
 EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM
190, 196, 197
 EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM
 190, 196, 197
 EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM
 190, 196, 197
 EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML.....
 190, 196, 197
 EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM
 190, 196, 197

EGRIFTA SV.....	389	ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60	
ELIGARD.....	218	MG.....	23, 24
ELIGARD (3 MONTH).....	218	erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg	
ELIGARD (4 MONTH).....	218	.....	130
ELIGARD (6 MONTH).....	218	everolimus (antineoplastic) oral tablet 10	
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER,		mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg.....	134
SUV, P/F.....	115	everolimus (antineoplastic) oral tablet for	
ELREXFIO SUBCUTANEOUS		suspension.....	135
SOLUTION 40 MG/ML.....	115	EVRYSDI.....	331, 332
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM.....		EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML	
.....	190, 196, 197	.....	190, 196, 197
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM.....		EXKIVITY.....	250
.....	190, 196, 197	F	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM.....		FASENRA.....	47, 48
.....	190, 196, 197	FASENRA PEN.....	47, 48
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM.....		fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	
.....	190, 196, 197	.....	139
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM.....		FERRIPROX ORAL SOLUTION.....	92, 93
.....	190, 196, 197	FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX 5/16.....	190, 196,
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM.....		197	
.....	190, 196, 197	FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX 5/16.....	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM.....		.....	190, 196, 197
.....	190, 196, 197	FIFTY50 PEN 31G X 3/16.....	190, 196, 197
EMGALITY PEN.....	149, 150	fingolimod.....	144
EMGALITY SYRINGE		FINTEPLA.....	138
SUBCUTANEOUS SYRINGE 120		FOTIVDA.....	400
MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML X		FP INSULIN 1 ML SYRINGE.....	
3).....	149, 150	.....	190, 196, 197
ENBREL.....	132, 133	FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX 5/16	
ENBREL MINI.....	132, 133	.....	190, 196, 197
ENBREL SURECLICK.....	132, 133	FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX 5/16	
ENSPRYNG.....	342, 343	.....	191, 196, 197
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET		FREESTYLE PREC 1 ML 30GX 5/16.....	
150-37.5 MG, 200-50 MG.....	362	.....	191, 196, 197
EPCLUSA ORAL TABLET.....	362	FREESTYLE PREC 1 ML 31GX 5/16.....	
EPIDIOLEX.....	65	.....	191, 196, 197
EPKINLY.....	126	FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT		MG.....	147
NEEDLE.....	190, 196, 197	FYARRO.....	358
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT		FYLNTRA.....	290
NEEDLE.....	190, 196, 197	G	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT		GALAFOLD.....	246, 247
NEEDLE.....	190, 196, 197	GATTEX 30-VIAL.....	384
ERBITUX.....	74	GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2	
ERIVEDGE.....	441	.....	191, 196, 197
		GAVRETO.....	308

gefitinib 152
 GILOTRIF 15
 glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml,
 40 mg/ml 155
 glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml, 40
 mg/ml 155
 glutamine (sickle cell)..... 224
 GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2
 191, 196, 197
 GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR
 191, 196, 197
 GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
 191, 196, 197
 GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR
 191, 196, 197
H
 HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON
 SOLN 2,000 UNIT, 3,000 UNIT 60
 HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET
 33.75-150 MG, 45-200 MG 212
 HARVONI ORAL TABLET 212
 HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16
 191, 196, 197
 HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16..
 191, 196, 197
 HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16
 191, 196, 197
 HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16
 191, 196, 197
 HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16
 191, 196, 197
 HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16
 191, 196, 197
 HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM
 191, 196, 197
 HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM
 191, 196, 197
 HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM
 191, 196, 197
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G
 191, 196, 197
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G
 191, 196, 197
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G
 191, 196, 197

HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G
 191, 196, 197
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G
 191, 196, 197
 HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS
 191, 196, 197
 HERCEPTIN HYLECTA..... 416
 HERZUMA..... 417
 HETLIOZ LQ 380
 HUMIRA PEN..... 12, 13, 14
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
 12, 13, 14
 HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS
 12, 13, 14
 HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 KIT 40 MG/0.8 ML 12, 13, 14
 HUMIRA(CF)..... 12, 13, 14
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
 12, 13, 14
 HUMIRA(CF) PEN 12, 13, 14
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....
 12, 13, 14
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....
 12, 13, 14
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS
 12, 13, 14
I
 IBRANCE 283
 ibuprofen-famotidine 167
 icatibant..... 168
 ICLUSIG..... 304
 IDHIFA 120
 ILARIS (PF)..... 63, 64
 ILUMYA..... 396
 imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg..... 170
 IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG,
 70 MG 166
 IMBRUVICA ORAL SUSPENSION..... 166
 IMBRUVICA ORAL TABLET 166
 IMDELLTRA 379
 IMJUDO 419
 IMPAVIDO..... 249
 INBRIJA INHALATION CAPSULE,
 W/INHALATION DEVICE 223
 INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G
 191, 196, 197

INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G
 191, 196, 197
 INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G
 191, 196, 197
 INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G
 191, 196, 197
 INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G
 191, 196, 197
 INCRELEX..... 238
 INFLECTRA..... 182, 183, 184
 infliximab..... 173, 174, 175
 INGREZZA..... 434
 INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)
 434
 INGREZZA SPRINKLE 434
 INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG.. 38
 INQOVI 90
 INREBIC..... 137
 INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2).....
 191, 196, 197
 INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2.....
 191, 196, 197
 INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2.....
 191, 196, 197
 INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2.....
 191, 196, 197
 INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2.....
 191, 196, 197
 INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16.....
 191, 196, 197
 INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2.....
 191, 196, 197
 INSULIN SYRINGE 0.3 ML . 191, 196, 197
 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4
 191, 196, 197
 INSULIN SYRINGE 0.5 ML . 191, 196, 197
 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4
 191, 196, 197
 INSULIN SYRINGE 1 ML 191, 196, 197
 INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2
 191, 196, 197
 INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16
 191, 196, 197
 INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4
 191, 196, 197

INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100
 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29
 GAUGE X 1/2..... 191, 196, 197
 INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE
 191, 196, 197
 INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE
 191, 196, 197
 INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE.....
 191, 196, 197
 INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE.....
 191, 196, 197
 INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM.....
 191, 196, 197
 INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16.....
 191, 196, 197
 INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM.....
 191, 196, 197
 INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM.....
 191, 196, 197
 IQIRVO..... 110
 itraconazole oral solution..... 203
 IV ANTISEPTIC WIPES 191, 196, 197
 IWILFIN 108
J
 JAKAFI..... 339
 javygtor oral tablet,soluble..... 340
 JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50
 MG 302
 JEMPERLI..... 100
 JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20
 MG, 30 MG, 5 MG 229, 230
 JYNARQUE ORAL TABLET 407
 JYNARQUE ORAL TABLETS,
 SEQUENTIAL..... 407
K
 KALYDECO..... 204
 KANJINTI 413
 KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD
 191, 196, 197
 KERENDIA 143
 KESIMPTA PEN 271
 KEYTRUDA..... 294
 KIMMTRAK 382
 KINERET 21, 22
 KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL
 TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-

2.5 MG, 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5
 MG, 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5
 MG 320
 KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY
 (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X
 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)..... 319
 KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25
 MG 354
 KRAZATI..... 11
 KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG,
 10-15-20-25-30 MG, 15 MG, 20 MG, 25
 MG, 30 MG..... 26
L
 lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5
 ml 208
 lapatinib..... 209
 LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80
 MG 211
 lenalidomide..... 213
 LENVIMA 214
 LEUKINE INJECTION RECON SOLN 341
 leuprolide (3 month) 217
 leuprolide subcutaneous kit..... 216
 lidocaine hel mucous membrane solution 4
 % (40 mg/ml) 228
 lidocaine topical adhesive patch,medicated 5
 % 226
 lidocaine topical ointment..... 225
 lidocaine-prilocaine topical cream 227
 lidocan iii 226
 LISCO SPONGES 100/BAG.. 191, 196, 197
 LITE TOUCH 31GX1/4 191, 196, 197
 LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR
 191, 196, 197
 LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR
 191, 196, 197
 LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML
 191, 196, 197
 LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G
 191, 196, 197
 LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G
 191, 196, 197
 LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2..... 191,
 196, 197
 LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16.....
 191, 196, 197

LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16.....
 191, 196, 197
 LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16.....
 191, 196, 197
 LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2
 191, 196, 197
 LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2 ... 191,
 196, 197
 LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16
 191, 196, 197
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2
 191, 196, 197
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2
 192, 196, 197
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16
 192, 196, 197
 LIVDELZI 349, 350
 LIVTENCITY..... 237
 LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG,
 20-8.19 MG..... 425
 LOQTORZI..... 409
 LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25
 MG 232
 LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG,
 320 MG 372
 LUNSUMIO 252
 LUPRON DEPOT..... 219, 220
 LUPRON DEPOT (3 MONTH) 219, 220
 LUPRON DEPOT (4 MONTH) 219, 220
 LUPRON DEPOT (6 MONTH) 219, 220
 LUPRON DEPOT-PED..... 221, 222
 LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)
 221, 222
 LYBALVI..... 272
 LYNPARZA 273
 LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY
 (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4),
 20 MG/DAY (4 MG X 5) 148
M
 MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML
 192, 196, 197
 MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML
 192, 196, 197
 MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML
 192, 196, 197

MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML	192, 196, 197
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML	192, 196, 197
MARGENZA.....	236
MAVENCLAD (10 TABLET PACK)	75
MAVENCLAD (4 TABLET PACK)	75
MAVENCLAD (5 TABLET PACK)	75
MAVENCLAD (6 TABLET PACK)	75
MAVENCLAD (7 TABLET PACK)	75
MAVENCLAD (8 TABLET PACK)	75
MAVENCLAD (9 TABLET PACK)	75
MAVYRET ORAL TABLET.....	156, 157
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM	192, 196, 197
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2	192, 196, 197
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G.....	192, 196, 197
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2	192, 196, 197
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2.....	192, 196, 197
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM	192, 196, 197
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM	192, 196, 197
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG, 1 MG, 2 MG.....	357
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)	357
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)	357
MEKINIST ORAL RECON SOLN	411
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	412
MEKTOVI	54
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM	192, 196, 197
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM	192, 196, 197
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM	192, 196, 197
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER.....	192, 196, 197
mifepristone oral tablet 300 mg	245
miglustat.....	248
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM	192, 196, 197
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM	192, 196, 197
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM	192, 196, 197
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM	192, 196, 197
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM	192, 196, 197
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM	192, 196, 197
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM	192, 196, 197
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE.....	192, 196, 197
modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg.....	255
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2.....	192, 196, 197
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2.....	192, 196, 197
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2.....	192, 196, 197
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC)	192, 196, 197
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2.....	192, 196, 197
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC).....	192, 196, 197
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML.....	192, 196, 197
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2.....	192, 196, 197
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	192, 196, 197
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML	192, 196, 197
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC)	192, 196, 197
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML	192, 196, 197
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC)	192, 196, 197

MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S
 (OTC)..... 192, 196, 197
 MONOJECT INSULIN SYR U-100
 192, 196, 197
 MONOJECT SYRINGE 0.3 ML.....
 192, 196, 197
 MONOJECT SYRINGE 0.5 ML.....
 192, 196, 197
 MONOJECT SYRINGE 1 ML.....
 192, 196, 197
 morphine concentrate oral solution..... 165
 MOUNJARO 160
 MVASI..... 51
N
 NATPARA..... 284
 NERLYNX 258
 NEULASTA ONPRO..... 289
 NINLARO..... 206
 nitisinone..... 265
 NIVESTYM..... 141
 NORDITROPIN FLEXPRO..... 364, 365
 NOVOFINE 30 192, 196, 197
 NOVOFINE 32G NEEDLES . 192, 196, 197
 NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6
 192, 196, 197
 NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM
 192, 196, 197
 NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED
 RELEASE FOR RECON..... 307
 NUBEQA..... 87, 88
 NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-
 INJECTOR..... 240, 241
 NUCALA SUBCUTANEOUS RECON
 SOLN 240, 241
 NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML 240, 241
 NUPLAZID..... 299
 NURTEC ODT 324, 325
 NYVEPRIA 287
O
 OCALIVA..... 269
 OCREVUS..... 270
 ODOMZO 368
 OFEV 260, 261
 OGIVRI..... 414

OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150
 MG, 50 MG..... 264
 OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR
 RECONSTITUTION 410
 OJEMDA ORAL TABLET 410
 OJJAARA 251
 ONGENTYS 279
 ONTRUZANT 415
 ONUREG..... 39
 OPDIVO 266
 OPDUALAG..... 267
 OPSUMIT 235
 ORENCIA..... 5, 6
 ORENCIA (WITH MALTOSE)..... 3, 4
 ORENCIA CLICKJECT..... 5, 6
 ORFADIN ORAL SUSPENSION..... 265
 ORGOVYX..... 314
 ORLISSA ORAL TABLET 150 MG, 200
 MG 111
 ORKAMBI ORAL GRANULES IN
 PACKET 234
 ORKAMBI ORAL TABLET 234
 ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86
 MG 109
 OTEZLA..... 27, 28
 OTEZLA STARTER 27, 28
 oxandrolone..... 281
 oxycodone oral concentrate 165
 OZEMPIC 159
P
 PALYNZIQ..... 292
 pazopanib 286
 PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE
 SHORT 192, 196, 197
 PEGASYS..... 291
 PEMAZYRE 295
 PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER
 192, 196, 197
 PEN NEEDLE 30G 8MM INNER
 192, 196, 197
 PEN NEEDLE 30G X 5/16..... 192, 196, 197
 PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29
 GAUGE X 1/2..... 192, 196, 197
 PEN NEEDLES 12MM 29G
 29GX12MM,STRL..... 192, 196, 197
 PEN NEEDLES 4MM 32G 192, 196, 197

PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM,
 STRL..... 192, 196, 197

PEN NEEDLES 8MM 31G
 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC).....
 192, 196, 197

penicillamine oral tablet..... 296, 297

PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2..... ..
 192, 196, 197

PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4.....
 192, 196, 197

PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16.....
 192, 196, 197

PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16.....
 192, 196, 197

PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4..... ..
 192, 196, 197

PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32..... ..
 192, 196, 197

PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM.....
 192, 196, 197

PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM.....
 192, 196, 197

PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY
 (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG
 X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG
 X 2) 17

pirfenidone oral capsule..... 300, 301

pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801
 mg 300, 301

PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN
 INJECTOR 125 MCG/0.5 ML, 63
 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML..... 200

PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML- 94
 MCG/0.5 ML 200

POMALYST 303

posaconazole oral..... 305, 306

PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4.....
 192, 196, 197

PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16.....
 192, 196, 197

PREVYMIS ORAL 215

PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2.....
 192, 196, 197

PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16.....
 192, 196, 197

PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16.....
 192, 196, 197

PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2.....
 192, 196, 197

PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16..... ..
 193, 196, 197

PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16.....
 193, 196, 197

PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS
 193, 196, 197

PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16
 193, 196, 197

PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4
 193, 196, 197

PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G
 193, 196, 197

PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G.....
 193, 196, 197

PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2.....
 193, 196, 197

PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16
 193, 196, 197

PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16
 193, 196, 197

PROMACTA ORAL POWDER IN
 PACKET 12.5 MG, 25 MG 118, 119

PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25
 MG, 50 MG, 75 MG 118, 119

PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
 193, 196, 197

PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
 193, 196, 197

PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
 193, 196, 197

PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
 193, 196, 197

PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
 193, 196, 197

PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM
 193, 196, 197

PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
 193, 196, 197

PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM
 193, 196, 197

pyrimethamine 310

Q	
QINLOCK.....	328
quinine sulfate.....	311
QULIPTA	33
R	
RAVICTI	161
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	193, 196, 197
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM	193, 196, 197
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	193, 196, 197
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	193
REGRANEX.....	41
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM	193, 196, 197
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM	193, 196, 197
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64.....	193, 196, 197
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR.....	193, 196, 197
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR.....	193, 196, 197
RELION MINI PEN 31G X 1/4	193, 196, 197
RELION NEEDLES	193, 196, 197
RELION PEN NEEDLES.....	193, 196, 197
RELISTOR ORAL.....	243
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION.....	242
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML	242
RENFLEXIS	176, 177
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	127, 128
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	353
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG	353
REVCIVI.....	112
REZLIDHIA	274
REZUROCK.....	44
RIABNI.....	335
RINVOQ.....	429, 430, 431
RINVOQ LQ.....	429, 430, 431
RITUXAN HYCELA	333
RIVFLOZA.....	257
ROLVEDON.....	107
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	122
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	123
RUBRACA	338
RUXIENCE... ..	336
RYBELSUS	159
RYBREVANT	20
RYDAPT.....	244
RYTELO.....	171
S	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16.....	193, 196, 197
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2.....	193, 196, 197
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16.....	193, 196, 197
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2.....	193, 196, 197
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2.....	193, 196, 197
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM	193, 196, 197
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G .	193, 196, 197
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2	193, 196, 197
sajazir	168
sapropterin oral tablet,soluble.....	340
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG.....	29
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16.....	193, 196, 197
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2.....	193, 196, 197
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2	193, 196, 197
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG.....	366, 367
SIGNIFOR	285

sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet
 353, 356
 SIRTURO 42
 SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM
 193, 196, 197
 SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM
 193, 196, 197
 SKYRIZI..... 329, 330
 SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2).. 193,
 196, 197
 sodium oxybate 359, 360
 sodium phenylbutyrate oral tablet..... 361
 SOMATULINE DEPOT
 SUBCUTANEOUS SYRINGE 60
 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML 208
 SOMAVERT..... 293
 sorafenib..... 369
 SPRAVATO 131
 SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140
 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG .. 89
 STELARA..... 432, 433
 STERILE PADS 2 193, 196, 197
 STIMUFEND..... 288
 STIVARGA 313
 STRENSIQ 30, 31
 sunitinib malate..... 374
 SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
 193, 196, 197
 SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
 193, 196, 197
 SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE.....
 193, 196, 197
 SURE COMFORT 1 ML SYRINGE
 193, 196, 197
 SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE
 193, 196, 197
 SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE
 INSULIN SYRINGE 193, 196, 197
 SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE
 193, 196, 197
 SURE COMFORT ALCOHOL PREP
 PADS 193, 196, 197
 SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4
 193, 196, 197
 SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4
 193, 196, 197

SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4
 193, 196, 197
 SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2
 193, 196, 197
 SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM
 193, 196, 197
 SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
 193, 196, 193
 SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
 193, 196, 197
 SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
 193, 196, 197
 SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM
 193, 196, 197
 SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM.....
 193, 196, 197
 SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM.....
 193, 196, 197
 SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML.....
 193, 196, 197
 SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML.....
 193, 196, 197
 SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML.....
 193, 196, 197
 SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML
 193, 196, 197
 SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML
 193, 196, 197
 SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS
 193, 196, 197
 SYMDEKO..... 395
 SYMLINPEN 120..... 309
 SYMLINPEN 60..... 309
 SYMPAZAN..... 76
 SYNAREL 253, 254
 SYNRIPO 275
T
 TABRECTA 68
 tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg 376
 TAFINLAR ORAL CAPSULE 81
 TAFINLAR ORAL TABLET FOR
 SUSPENSION 82
 TAGRISSO 280
 TAKHZYRO SUBCUTANEOUS
 SOLUTION..... 207

TAKHZYRO SUBCUTANEOUS	
SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	
(150 MG/ML)	207
TALVEY.....	378
TALZENNA	377
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200	
MG, 50 MG.....	259
tasimelteon	380
TAVALISSE.....	145
TAVNEOS.....	34
TAZVERIK.....	381
TECENTRIQ	32
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2)	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2)	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2).....	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2).....	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2).....	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2).....	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2).....	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2).....	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2).....	
.....	193, 196, 197
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2).....	
.....	193, 196, 197
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM	
.....	194, 196, 197
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM	
.....	194, 196, 197
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM.	
.....	194, 196, 197
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM.	
.....	194, 196, 197
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM	
.....	194, 196, 197
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2	
.....	194, 196, 197
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8	
.....	194, 196, 197
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4	
.....	194, 196, 197
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16	
.....	194, 196, 197
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16	
.....	194, 196, 197
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4 ...	194,
196, 197	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16	
.....	194, 196, 197
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32	
.....	194, 196, 197
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM	
.....	194, 196, 197
TECVAYLI.....	383
TEPMETKO	386
teriflunomide.....	387
teriparatide subcutaneous pen injector 20	
mcg/dose (620mcg/2.48ml)	388
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML.....	
.....	194, 196, 197
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML.	
.....	194, 196, 197
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML	
.....	194, 196, 197
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML	
.....	194, 196, 197
testosterone cypionate.....	391
testosterone enanthate	392
testosterone transdermal gel in metered-dose	
pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %), 20.25	
mg/1.25 gram (1.62 %)	390
testosterone transdermal gel in packet 1 %	
(25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	
.....	390
testosterone transdermal solution in metered	
pump w/app.....	390
tetrabenazine	394
TEVIMBRA.....	398
THALOMID	396
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML	
.....	194, 196, 197
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML	
.....	194, 196, 197
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML	
.....	194, 196, 197

TIBSOVO	205	TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16.....	194, 196, 197
TIVDAK	399	TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	194, 196, 197
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4.....		TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM	194, 196, 197
.....	194, 196, 197	TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM	194, 196, 197
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16.....		TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM	194, 196, 197
.....	194, 196, 197	TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM	194, 196, 197
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE	194, 196, 197	TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM	194, 196, 197
torpenz oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	134	TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM	194, 196, 197
TRAZIMERA	418	TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM	194, 196, 197
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	426	TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM	194, 196, 197
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR.....	163, 164	TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM	194, 196, 197
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	163, 164	TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2	194
treprostinil sodium	394	.....	194, 196, 197
tretinoin	408	TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16	194, 196, 197
trientine oral capsule 250 mg	424	TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16	194, 196, 197
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	113	TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16	194, 196, 197
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL.....	113	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	194, 196, 197
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16.....		TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2	194, 196, 197
.....	194, 196, 197	.....	194, 196, 197
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16.....		TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2	194, 196, 197
.....	194, 196, 197	.....	194, 196, 197
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16.....		TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 5/16	194, 196, 197
.....	194, 196, 197	.....	194, 196, 197
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM	194, 196, 197	TRUE COMFORT SFTY 1 ML 31G 5/16	194, 196, 197
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM	194, 196, 197	.....	194, 196, 197
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM	194, 196, 197	TRUE COMFORT SFTY 1 ML 32G 5/16.....	179, 181, 182
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2.....	194, 196, 197	TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM	194, 196, 197
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16....	194, 196, 197	TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	194, 196, 197
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16....	194, 196, 197		
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16..	194, 196, 197		

TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM
194, 196, 197
 TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4
194, 196, 197
 TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2.....
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16.....
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16.....
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2.....
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2.....
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16.....
194, 196, 197
 TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16.....
194, 196, 197
 TRULICITY 158
 TRUQAP..... 66
 TRUSELTIQ..... 172
 TRUXIMA..... 334
 TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50
 MG 427
 TURALIO 298
 TYMLOS 2
 TYVASO 420, 421
U
 UBRELVY..... 428
 ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2).....
194, 196, 197
 ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4... ..
194, 196, 197
 ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM
194, 196, 197

ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
194, 196, 197
 ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
194, 196, 197
 ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
194, 196, 197
 ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2
194, 196, 197
 ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16
194, 196, 197
 ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G.....
194, 196, 197
 ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G.....
194, 196, 197
 ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G
194, 196, 197
 ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G
 MICRO, 32GX4MM..... 194, 196, 197
 ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G
194, 196, 197
 ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM
194, 196, 197
 ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G
195, 196, 197
 ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM
195, 196, 197
 ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2
195, 196, 197
 ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16
195, 196, 197
 ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2
195, 196, 197
 ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16
195, 196, 197
 ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16
195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM
195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM
195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM
195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM
195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G
 8MM195, 196, 197

ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM
 195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM
 195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM
 195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM
 195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM
 195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM
 195, 196, 197
 ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM
 195, 196, 197
 ULTILET ALCOHOL STERL SWAB
 195, 196, 197
 ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML
 195, 196, 197
 ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML
 195, 196, 197
 ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML
 195, 196, 197
 ULTILET PEN NEEDLE 195, 196, 197
 ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G
 195, 196, 197
 ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE
 195, 196, 197
 ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2
 195, 196, 197
 ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2
 195, 196, 197
 ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE
 195, 196, 197
 ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16
 195, 196, 197
 ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
 195, 196, 197
 ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2
 195, 196, 197
 ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16
 195, 196, 197
 ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16
 195, 196, 197
 ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM
 195, 196, 197

ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM
 195, 196, 197
 ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM
 195, 196, 197
 ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM
 195, 196, 197
 ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G
 195, 196, 197
 ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2
 195, 196, 197
 ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16
 195, 196, 197
 ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16
 195, 196, 197
 ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2
 195, 196, 197
 ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM
 195, 196, 197
 ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2
 195, 196, 197
 ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2
 195, 196, 197
 ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4
 195, 196, 197
 ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4
 195, 196, 197
 ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16
 195, 196, 197
 ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32
 195, 196, 197

ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32	UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16
..... 195, 196, 197	..... 196, 197
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16.....	UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16
..... 195, 196, 197	..... 196, 197
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G	UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32
..... 195, 196, 197	..... 196, 197
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G	UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32
..... 195, 196, 197	..... 196, 197
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G	UNIFINE PROTECT 30G 5MM.... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE PROTECT 30G 8MM.... 196, 197
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G	UNIFINE PROTECT 32G 4MM.... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G .....	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G.....	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G.....	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM .....	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G	..... 196, 197
29GX12MM, STRL..... 195, 196, 197	UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16.....	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4.....	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32.....	..... 196, 197
..... 195, 196, 197	UPTRAVI INTRAVENOUS..... 351
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32.....	UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG,
..... 195, 196, 197	1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG,
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G.....	200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800
..... 195, 196, 197	MCG 351
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16.....	UPTRAVI ORAL TABLETS, DOSE PACK
..... 195, 196, 197	..... 351
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G	V
..... 195, 196, 197	VALCHLOR..... 239
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2 12MM	VANFLYTA..... 312
..... 195, 196, 197	VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2..196, 197
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16	VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16
..... 196, 197	..... 196, 197
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4.....	VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR.....
..... 196, 197	..... 196, 197

VEGZELMA.....	50	VITRAKVI ORAL SOLUTION	210
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 50 MG.....	437	VIZIMPRO	83
VENCLEXTA STARTING PACK	437	VONJO	282
VEOZAH	141	VORANIGO	442
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2	196, 197	voriconazole oral suspension for reconstitution.....	443
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM	196, 197	VOSEVI.....	363
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM	196, 197	VOWST	136
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM	196, 197	VUMERITY	99
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM	196, 197	W	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM	196, 197	WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	196, 197
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM	196, 197	WELIREG.....	45
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM	196, 197	WINREVAIR.....	370, 371
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM	196, 197	X	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM	196, 197	XALKORI ORAL CAPSULE.....	79
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM	196, 197	XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG.....	80
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM- SHARPS CONTAINER	196, 197	XDEMVI	233
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2	196, 197	XELJANZ.....	405, 406
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16	196, 197	XELJANZ XR	405, 406
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16	196, 197	XERMELO	385
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16	196, 197	XGEVA.....	94
VERQUVO.....	438	XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG.....	321
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY	196, 197	XOLAIR	276, 277, 278
VERZENIO.....	7	XOSPATA	153
vigabatrin	440	XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK).....	352
vigadrone.....	440	XTANDI ORAL CAPSULE.....	124, 125
vigpoder	440	XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	124, 125
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	210	XYOSTED.....	392
		Y	
		yargesa	248
		YERVOY	202
		YONSA.....	9
		Z	
		ZARXIO	142
		ZEJULA ORAL CAPSULE	262
		ZEJULA ORAL TABLET.....	262

ZELBORAF 436
ZIRABEV 52
ZOLADEX..... 162
ZTALMY 151
ZTLIDO 226
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25
MG, 30 MG..... 445

ZYDELIG 169
ZYKADIA 70
ZYMFENTRA 185, 186
ZYNLONTA..... 231
ZYNYZ..... 318